

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

RETROSPETIVA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE
COMPETÊNCIAS:
ESFORÇOS EXPULSIVOS DA PARTURIENTE - UMA REVISÃO
INTEGRATIVA DA LITERATURA

Relatório de Estágio

Orientação:

Prof(a) Doutor(a): Marinha Carneiro

Diana Maria Cardoso Oliveira Mota

Porto | 2013

AGRADECIMENTOS E DEDICATÓRIAS

O presente relatório de estágio reflete um percurso de três anos de trabalho, dedicação e aprendizagem. Ao longo deste percurso muitas foram as dificuldades encontradas e para superar estas dificuldades tive o apoio incondicional do meu marido Ricardo Barbosa, a quem muito agradeço, por não me ter deixado desistir perante as adversidades encontradas.

Também gostaria de agradecer à Professora Marinha Carneiro, pelo seu profissionalismo e dedicação, sem os quais, o meu processo de aquisição de competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, não teria sido possível.

Aos elementos da equipa de Enfermagem do serviço de Medicina Materno-Fetal, Bloco de Partos e serviço de Puerpério do Centro Hospitalar São João, EPE, em especial à Enfermeira Maria João Monteiro e à Enfermeira Maria José Lemos, o meu muito obrigado.

E agradeço a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

AILC - ASSOCIATION, INTERNATIONAL LACTATION CONSULTANT

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

APPT - Ameaça de parto pré-termo

Bpm – Batimentos por minuto

CTG - Cardiotocografia

DGS – Direção Geral da Saúde

EEESMO - Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica

FAME - Federación De Asociaciones De Matronas De España

FCF - Frequência cardíaca fetal

FIGO - International Federation of Gynecology and Obstetrics

HTA - Hipertensão Arterial

MESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

MV – Puxo com Manobra de Valsalva

OMS - Organização Mundial de Saúde

PE – Puxo Espontâneo

PPT – Trabalho de parto pré-termo

RCOG - Royal College of Obstetricians and Gynecologists

RN – Recém-Nascido

RPM - Rotura prematura de membranas

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SPTP - segundo período do trabalho de parto

TP – Trabalho de parto

RESUMO

A realização do presente relatório de estágio teve como objetivo a descrição do processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica, decorrente do estágio – gravidez, trabalho de parto e pós-parto. Este estágio decorreu no Centro Hospitalar São João, EPE, no período de tempo compreendido entre Dezembro de 2011 e Julho de 2012. Ao longo deste relatório, são descritas as principais atividades desenvolvidas, no serviço de medicina materno-fetal, no bloco de partos e no serviço de puerpério, de forma a fomentar o processo de aquisição de competências comuns, relativas ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, ao domínio da melhoria contínua da qualidade, ao domínio da gestão de cuidados e ao domínio das aprendizagens profissionais e de competências específicas, referentes ao cuidar da mulher no período pré-natal (mais especificamente no contexto de internamento hospitalar, por patologia materna e/ou fetal), durante o trabalho de parto e no período pós-natal.

O presente relatório, também contempla uma revisão integrativa da literatura, que teve como objetivo, responder à seguinte pergunta: Durante a fase expulsiva do segundo período do trabalho de parto (definido por dilatação cervical completa (10 cm), por extinção do colo uterino completa (100%), por encravamento da apresentação fetal (maior dos diâmetros transversos da apresentação fetal atravessou o estreito superior da bacia materna e encontra-se ao nível das espinhas isquiáticas) e pela parturiente sentir necessidade de puxar), qual a técnica de orientação do puxo materno que se deve utilizar, o puxo com manobra de Valsalva ou o puxo espontâneo? As repercussões, de ambas as técnicas, avaliadas na parturiente foram relativas ao trauma perineal (lacerações perineais e/ou episiotomia). As repercussões avaliadas no recém-nascido tiveram em consideração a avaliação do Índice de Apgar e a determinação do equilíbrio ácido-base através de uma amostra de sangue colhida do cordão umbilical. A pesquisa da literatura foi conduzida através da plataforma EBSCO host, com acesso às bases de dados eletrónicas: CINAHL,

MEDLINE, Cochrane Database of Systematic Reviews, MedicLatina e Academic Search Complete, no período compreendido entre o ano 2000 e o ano 2013. Os resultados encontrados permitiram concluir que a técnica de orientação do puxo materno, puxo espontâneo, quando comparada com o puxo com manobra de Valsalva, constitui a técnica de eleição a ser utilizada na fase expulsiva do SPTP.

Palavras-chave: Competências, parto, “puxo espontâneo”, “manobra de valsalva”.

ABSTRACT

Title: Retrospective of the process of acquiring skills: Maternal pushing efforts – an integrative review of the literature

The aim of this report is to describe the development of the midwifery skills, during the training - pregnancy, labor and postnatal. This training placed in Centro Hospitalar São João, EPE, during December 2011 to July 2012. This report described the relevant activities developed during the training, placed in maternal-fetal care unit, labor and delivery unit and postpartum unit. These activities promoted the development of the common and specific midwifery skills. The common midwifery skills are related to professional, ethical and legal responsibility; continuous quality improvement; care management and professional learning. The specific midwifery skills are related to antenatal care (specifically in cases of hospitalization due to maternal and / or fetal pathology), labor and delivery care and postnatal care.

An integrative review was written in this report. The aim of this integrative review was answer the following question: During the expulsive phase of the second stage of labor (defined as complete cervical dilation (10 cm), complete cervical extinction (100%), fetal presenting part engaged (widest diameter of the presenting part has passed through the pelvic brim and is in the level of the ischial spines of the pelvis and the woman felt an urge to push), which should be the technique of pushing used, the Valsalva pushing or the spontaneous pushing? The maternal effects evaluated were related to perineal trauma (perineal tears and / or episiotomy) and the fetal effects evaluated were related to Apgar scores and umbilical cord blood acid base analysis. The literature search are conducted through EBSCO host to access electronic databases from CINAHL, MEDLINE, Cochrane

Database of Systematic Reviews, MedicLatina e Academic Search Complete, between 2000 and 2013.

In conclusion, the use of spontaneous pushing technique, compared to Valsalva pushing technique is the best practice during expulsive phase of second stage of labor.

Keywords: skills, labor, spontaneous pushing, valsalva pushing.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO	16
2. PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA	20
2.1. Definição De Competência.....	21
2.2. Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Saúde Materna, Obstétrica E Ginecológica	21
2.3. Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Saúde Materna, Obstétrica E Ginecológica	25
2.3.1 Aquisição E Desenvolvimento De Competências No Âmbito Da Gravidez Com Complicações	26
2.3.2. Aquisição E Desenvolvimento De Competências No Âmbito Do Trabalho De Parto E Parto	34
2.3.3 Aquisição E Desenvolvimento De Competências No Âmbito Do Pós-Parto	46
3. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO SEGUNDO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO: ESFORÇOS EXPULSIVOS DA PARTURIENTE - UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	56
3.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	56
3.2 METODOLOGIA	61
3.3 DISCUSSÃO	71
3.4 CONCLUSÕES DA REVISÃO INTEGRATIVA	76
4. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO DE APRENDIZAGEM	78
CONCLUSÃO	82
BIBLIOGRAFIA.....	84

LISTA DE TABELAS

Tabela Nº 1. Características dos artigos analisados que comparam o incentivo do puxo espontâneo e o incentivo do puxo com manobra de Valsalva durante o SPTP 65

Tabela Nº 2 – Número de grávidas, parturientes e puérperas alvo de prestação de cuidados de enfermagem..... 78

Tabela Nº 3 – Número de partos executados e participados..... 79

Tabela Nº 4 – Número de recém-nascidos alvo de cuidados de enfermagem 79

INTRODUÇÃO

Na qualidade de estudante da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), a frequentar o curso de mestrado em enfermagem de saúde materna e obstetrícia (MESMO), pretende-se redigir um relatório de estágio, relativo ao estágio – gravidez, trabalho de parto e pós-parto, de acordo com o regulamento do segundo ciclo de estudos (2010). Este estágio de natureza profissional decorreu no Centro Hospitalar São João, EPE, no serviço de medicina materno-fetal, no bloco de partos e no serviço de puerpério, entre dezembro de 2011 e julho de 2012. Este relatório terá, assim, os seguintes objetivos:

- Apresentar o projeto individual de estágio;
- Explicitar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica (EEESMO), publicadas em diário da República (2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011);
- Descrever e fundamentar as principais atividades desenvolvidas ao longo do estágio, de forma a tornar explícito o processo de aquisição e desenvolvimento de competências;
- Comparar através de uma revisão integrativa da literatura, as técnicas de orientação do puxo materno, puxo com “Manobra de Valsalva” (MV) e “Puxo Espontâneo” (PE), relativamente aos resultados dos seus efeitos tanto maternos como fetais;
- Apresentar uma reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem.

O corpo deste documento é constituído por quatro capítulos, no primeiro capítulo, é apresentado o projeto individual de estágio, com referência aos objetivos traçados para o estágio; no segundo capítulo é exposto o processo de aquisição e desenvolvimento de

competências comuns e específicas do EEESMO ao longo do estágio, com a descrição crítico-reflexiva das principais atividades desenvolvidas. Este segundo capítulo encontra-se dividido em três subcapítulos, o primeiro subcapítulo, define o conceito de competência; o segundo subcapítulo apresenta o processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns do EEESMO e o terceiro subcapítulo apresenta o processo de aquisição e desenvolvimento das competências específicas do EEESMO, subdividido nas competências que constituíram o principal alvo de intervenção de enfermagem, durante o estágio: gravidez (mais concretamente, nas situações de internamento hospitalar por patologia materna e/ou fetal), trabalho de parto e pós-parto. No terceiro capítulo é apresentada uma revisão integrativa da literatura que tem como objetivo responder à questão: Durante a fase expulsiva do segundo período do trabalho de parto (definido por dilatação cervical completa (10 cm), por extinção do colo uterino completa (100%), por encravamento da apresentação fetal (maior dos diâmetros transversos da apresentação fetal atravessou o estreito superior da bacia materna e encontra-se ao nível das espinhas isquiáticas) e pela parturiente sentir necessidade de puxar), qual a técnica de orientação do puxo materno que se deve utilizar, o puxo com manobra de Valsalva ou o puxo espontâneo? As complicações avaliadas na mulher foram relativas ao trauma perineal (lacerações perineais e/ou episiotomia), relativamente ao recém-nascido foi tido em consideração a avaliação do Índice de Apgar e a determinação do equilíbrio ácido-base de uma amostra de sangue do cordão umbilical, de forma a despistar possíveis danos e/ou complicações durante o segundo período do trabalho de parto. Este capítulo é dividido em quatro subcapítulos: enquadramento teórico, metodologia, discussão e conclusões da revisão integrativa. No quarto e último capítulo, é apresentada uma análise crítico-reflexiva de todo o processo de aprendizagem.

Como as temáticas envoltas no presente relatório, compreendem o processo de aquisição e desenvolvimento de competências e a realização de uma revisão integrativa, torna-se pertinente definir alguns conceitos. Desta forma, Perrenoud (2000) citado por Domenico (2005) define competência como a mobilização de um conjunto de saberes, para solucionar com eficácia uma série de situações.

A Ordem dos Enfermeiros (2010) definiu como competências comuns do EESMO, o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; o domínio da melhoria contínua da qualidade; o domínio da gestão de cuidados e o domínio das aprendizagens profissionais; e definiu como competências específicas do EEESMO, o cuidar da mulher durante o período

pré-natal (gravidez e situação de abortamento); o cuidar da mulher durante o trabalho de parto e o cuidar da mulher durante o período pós-natal.

Camarneiro (2007) define gravidez, como o período de cerca de 40 semanas, com início na concepção e término no parto. Este período, como nos diz Mendes (2002), envolve adaptações biofisiológicas e adaptações psicossociais de preparação da mulher para a maternidade. O processo de abortamento consiste no término da gravidez, antes de atingida a viabilidade fetal, ou seja até às 24 semanas de gestação (GRAÇA, L. M., 2010).

Lowdermilk e Perry (2008) definem trabalho de parto como compreendendo quatro estádios, o primeiro inicia-se com o aparecimento de contrações uterinas regulares e termina com a extinção e dilatação totais do colo uterino; o segundo, por sua vez, compreende a fase entre a dilatação completa do colo uterino até à expulsão do feto; o terceiro decorre entre o nascimento do feto e a expulsão da placenta e o quarto estágio, tem uma duração, em geral, de cerca de duas horas após a expulsão da placenta, constitui o período em que a hemóstase se restabelece.

O período pós-parto ou pós-natal, define-se como o período de seis semanas após o parto, no qual ocorre uma regressão das alterações anatómicas e fisiológicas inerentes à gravidez (GRAÇA, L.M.,2010).

Uma revisão integrativa da literatura constitui a mais ampla abordagem metodológica, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais, a combinação de dados da literatura teórica e empírica, de forma a compreender completamente o fenómeno analisado, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências e análise de problemas metodológicos de um tópico particular (WHITTEMORE & KNAFL cit. por SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO R., 2010).

No puxo com manobra de Valsalva, a parturiente posiciona-se segurando os joelhos em direção ao tórax e mantendo os cotovelos estendidos, é aconselhada a inspirar uma grande quantidade de ar, a manter o ar no tórax e a puxar com a boca fechada. Pode repetir esta ação três a quatro vezes, sem emitir nenhum ruído (FAME /APEO, 2009).

No puxo espontâneo, a parturiente puxa livremente, com a glote aberta, quando sente esse impulso. Normalmente são desencadeados três a cinco puxos expiratórios curtos, de quatro a seis segundos em cada contração uterina (FAME /APEO, 2009).

Todo este percurso de cuidar da mulher durante a gravidez, o trabalho de parto e o pós-parto, desenvolvido ao longo do estágio, assim como a realização de uma revisão

integrativa, teve como base pesquisa bibliográfica em livros; web sites de entidades como, a Organização Mundial de Saúde (OMS), International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) e Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) e bases de dados eletrônicas como: CINAHL, MEDLINE, Cochrane Database of Systematic Reviews, MedicLatina e Academic Search Complete, acedidas através da plataforma EBSCO.

1. PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO

No 2º ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, durante o estágio de natureza profissional, foi projetado desenvolver para além das competências inerentes aos objetivos propostos para o estágio de gravidez com complicações, trabalho de parto e parto e autocuidado no pós-parto e parentalidade, uma área específica de interesse intitulada "Preparação para o Parto: Esforços Expulsivos Voluntários da Parturiente".

Os objetivos propostos para o estágio tiveram como base as competências comuns e específicas do EEESMO e a realidade encontrada (infra-estruturas, organização, profissionais de saúde, método de trabalho) no serviço de medicina materno-fetal, bloco de partos e serviço de puerpério do Centro Hospitalar São João, EPE. Sendo assim, os objetivos estipulados para atingir durante o estágio gravidez com complicações, foram os seguintes:

- Estabelecer uma relação empática com a mulher e sua família;
- Identificar as principais necessidades da mulher e sua família durante um processo patológico na gravidez;
- Identificar os principais processos patológicos, que requerem internamento num serviço de medicina materno-fetal;
- Aprofundar conhecimentos acerca de problemas na gravidez como: aborto espontâneo, mais concretamente, retenção de ovo desvitalizado; incompetência cervico-ístmica; hipertensão arterial; pré-eclâmpsia e eclâmpsia; ameaça de parto pré-termo, entre outras;
- Prestar cuidados à mulher e sua família, tendo em conta os princípios éticos, deontológicos e as responsabilidades profissionais;

- Prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher tais como: realização de cardiotocografia, administração de medicação prescrita e diagnóstico precoce de complicações materno-fetais;
- Colaborar com outros profissionais de saúde, nomeadamente obstetras, na realização de exames de diagnóstico como, ecografia e outros procedimentos como, versão fetal por manobras externas;
- Elaborar o processo de Enfermagem e proceder aos respetivos registos no programa informatizado SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem);
- Contribuir para a melhoria da prestação de cuidados à mulher e família que vivencia um processo patológico durante a gravidez.

Durante o estágio trabalho de parto e parto, foram traçados os seguintes objetivos:

- Estabelecer uma relação empática com a mulher, recém-nascido e sua família;
- Identificar as principais necessidades da mulher e sua família durante um processo de trabalho de parto e parto;
- Prestar cuidados à mulher, RN e sua família, tendo em conta os princípios éticos, deontológicos e as responsabilidades profissionais;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher tais como: diagnóstico e vigilância do trabalho de parto, diagnóstico precoce de complicações materno-fetais, realização de cardiotocografia, realização de toque vaginal, administração de medicação prescrita, recurso a métodos não farmacológicos de alívio da dor;
- Executar 40 partos eutócicos, prestando cuidados à mulher durante o primeiro período, o segundo período e o terceiro período do trabalho de parto;
- Executar episiotomia, episiorrafia e/ou perineorrafia, caso necessário;
- Prestar cuidados de enfermagem ao recém-nascido no pós-parto imediato tais como: limpeza, aquecimento, pesar, medir, vestir, administração de vitamina K intramuscular, aplicação de cloranfenicol pomada oftálmica e promoção da vinculação mãe/RN/pai;
- Promover a amamentação no pós-parto imediato;
- Colaborar com outros profissionais de saúde, nomeadamente obstetras, anestesistas, neonatologistas, em situações tais como: partos distócicos por ventosa, colocação de cateter epidural para administração de analgesia, observação do RN;

- Elaborar o processo de Enfermagem e proceder aos respetivos registos no programa informatizado SAPE;
- Contribuir para a melhoria da prestação de cuidados à mulher, RN e família que vivencia um processo de trabalho de parto e parto.

Durante o estágio autocuidado no pós-parto e parentalidade, os objetivos traçados foram os seguintes:

- Prestar cuidados à puérpera, RN e sua família, tendo em conta os princípios éticos, deontológicos e as responsabilidades profissionais;
- Participar em projetos, com interesse para a instituição, que visem a melhoria dos cuidados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica;
- Desenvolver uma prática de cuidados, baseada em evidências científicas;
- Estabelecer uma relação empática com a puérpera, RN e família, de forma a reforçar a confiança destes com os profissionais de saúde;
- Orientar a puérpera para o autocuidado, nomeadamente em relação à involução uterina, características dos lóquios, cicatrização e prevenção de complicações da ferida cirúrgica e/ ou laceração no períneo, técnica de amamentação, cuidados aos mamilos, sexualidade, contraceção, recursos disponíveis na comunidade para apoio no período pós-parto, entre outros;
- Promover o aleitamento materno, através do incentivo e ensino da técnica de amamentação;
- Diagnosticar precocemente situações de risco para a puérpera, RN e família e/ou complicações pós-parto, de forma a serem eficientemente tratadas, pela equipa de Enfermagem e/ou por outros profissionais de saúde;
- Apoiar a puérpera e família no processo de transição e adaptação à parentalidade, nomeadamente no que diz respeito ao processo de vinculação e cuidados ao recém-nascido (higiene, vestuário, prevenção de eritema, cuidados ao coto umbilical, vacinação, entre outros);
- Apoiar a puérpera e família durante o processo de separação do recém-nascido, isto é, quando o recém-nascido se encontra na Neonatologia devido a prematuridade e/ou patologias que o justifiquem;
- Elaborar um protocolo sobre pesquisas de glicemia capilar no recém-nascido (definição, como e quando devem ser efetuadas).

Relativamente à área específica de interesse, esforços expulsivos voluntários da parturiente, que se pretendeu desenvolver e aprofundar, torna-se pertinente referir que existem duas técnicas de orientação do puxo materno, o puxo com manobra de Valsalva (MV) ou dirigido e o puxo espontâneo (PE) (APEO, 2009; LOWDERMILK e PERRY, 2008). O MV tem sido associado a complicações como: hipoxia fetal, lacerações perineais, entre outras (LOWDERMILK e PERRY, 2008). Posto isto, levanta-se as seguintes questões: será que os esforços expulsivos voluntários da parturiente deverão decorrer de forma espontânea ou dirigida? Qual a melhor técnica? Quais as repercussões a nível materno-fetal? Quais os benefícios em saúde?

Durante o estágio de natureza profissional inserido no segundo ciclo de estudos da ESEP, pretendeu-se desenvolver esta problemática, dando resposta a estas perguntas. Sendo assim, foi explorada a temática esforços expulsivos voluntários da parturiente, de forma a desenvolverem-se práticas baseadas em evidência científica. Assim foram definidos os seguintes objetivos:

- Conhecer os benefícios e complicações dos esforços expulsivos voluntários da parturiente, quando decorridos de forma espontânea ou dirigida;
- Conhecer as técnicas treinadas pelas grávidas na preparação para o parto;
- Identificar as técnicas utilizadas pelas parturientes durante o trabalho de parto;
- Identificar as complicações no pós-parto.

2. PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA

O relatório que a seguir se redige diz respeito à unidade curricular, Estágio: Gravidez, Trabalho de Parto e Pós-parto, inserida no curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (MESMO). Este estágio teve início a 5 de Dezembro de 2011 e término a 31 de Julho de 2012, realizando-se no Centro Hospitalar São João, EPE no Bloco de Partos, num total de 500 horas; no Serviço de Puerpério, num total de 300 horas e no Serviço de Medicina Materno-Fetal, num total de 100 horas.

Os objetivos de estágio traçados tiveram como base a proposta de regulamento de competências comuns e específicas do EEESMO, apresentada pelo Conselho Diretivo da Ordem dos Enfermeiros, após aprovação na Assembleia do colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e publicado em Diário da República (2ª série – Nº35, em 18 de Fevereiro de 2011) (Anexo I). Neste sentido, antes de mais, torna-se pertinente definir competência, já que, a concretização dos objetivos deste estágio, se focou no desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEESMO.

2.1. Definição De Competência

Competência em educação compreende a mobilização de um conjunto de saberes, para solucionar com eficácia uma série de situações (PERRENOUD, 2000 cit. por DOMENICO, E.; IDE, C., 2005). A competência integra vários saberes, habilidades, atitudes e posturas mentais, assim como, curiosidade, paixão, busca de significado, desejo de tecer laços, relação com o tempo, maneira de unir intuição e razão, cautela e audácia, que provêm tanto da formação como da experiência (MACHADO, 2001, cit. por DOMENICO, E.; IDE, C., 2005).

Tomando a definição de Perrenoud (2000), “mobilizar um conjunto de saberes”, este conjunto de saberes, foi sendo adquirido ao longo do curso de MESMO, tendo em conta as várias unidades curriculares e no âmbito das aulas teóricas e teórico-práticas, tornando assim possível a sua mobilização no contexto do estágio.

Complementando com a definição de Machado (2001), a competência integra vários saberes que provêm tanto da formação como da experiência. Neste sentido, a riqueza em experiências nos diferentes campos de estágio (Bloco de Partos, Serviço de Puerpério e Serviço de Medicina Materno-Fetal), tornou possível a aquisição de competências.

Após a definição de competência, será descrito o processo de aquisição de competências comuns e específicas do EEESMO no contexto do estágio supracitado.

2.2. Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Saúde Materna, Obstétrica E Ginecológica

A Ordem dos Enfermeiros (2010) definiu as competências comuns do Enfermeiro Especialista em quatro domínios, o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;

o domínio da melhoria contínua da qualidade; o domínio da gestão de cuidados e o domínio das aprendizagens profissionais.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, torna-se pertinente definir Ética. Ética, no sentido etimológico, é uma palavra que vem do grego: *ethos* e possui duas formas, *êthos* e *éthos*. Êthos diz respeito ao modo de ser, ao caráter, à realidade interior de onde provêm os atos humanos. Éthos refere-se aos costumes, hábitos ou agir habitual, ou seja, atos concretos que indicam e realizam o modo de ser, implantado na pessoa. Para operacionalizar o conceito de Ética, ou seja, para passar da abstração à prática, temos de associar o conceito de Moral, que aparece mais ao menos como institucionalização da Ética (TRIGO, 1999 cit. por FERREIRA M.; DIAS M., 2005).

Para complementar esta definição, há que definir Deontologia, esta palavra vem do grego, deon, que significa dever e logia, que significa conhecimento. Neste sentido, a deontologia define-se como a ciência dos deveres, isto é, do que é justo e conveniente que os homens façam, do valor a que visa e do dever ou normas que dirigem o comportamento humano (AVILA, 1969, cit. por FERREIRA M.; DIAS M. (2005).

Ferreira e Dias (2005), também nos dizem que a prática da ética na profissão insere-se nos deveres relativos à responsabilidade que cada um tem no seu trabalho. Esta responsabilidade moral e ética pode definir-se como dimensão relacional da obrigação, isto é, significa estar obrigado a responder perante aquele a quem se tem de prestar contas. As mesmas autoras, também, afirmam que a profissão exige determinados comportamentos que se dirigem por normas específicas, ou seja, significa que existe uma moral e uma deontologia profissional. Ora, relativamente à profissão de Enfermagem, o ideal ético desta, é cuidar o Homem, tendo como finalidade protegê-lo, preservá-lo e respeitar a sua integridade e dignidade. Sendo assim, o cuidar a pessoa pressupõe uma atitude de profundo respeito assumida em cada intervenção como princípio de fazer o bem.

Deste modo, o Código Deontológico do Enfermeiro assume o papel de guia orientador do agir dos enfermeiros, onde os direitos humanos fundamentais se operacionalizam no âmbito da enfermagem. Os artigos que compõem este código fornecem diretrizes que obrigam os enfermeiros a agir tendo por base um conjunto de normas e regras, ou seja os deveres profissionais. Estes existem em número muito significativo como necessidade de salvaguardar os direitos das pessoas que são alvo das intervenções dos enfermeiros (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009).

Estas intervenções realizadas pelos enfermeiros, autónomas ou interdependentes, definem os cuidados de Enfermagem, que se caracterizam por uma interação entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade; por estabelecer uma relação de ajuda com o utente; por utilizar uma metodologia científica e por englobar atuações como: substituir e/ou completar a competência funcional em que o utente esteja incapacitado; orientar para a adoção de estilos de vida saudáveis; encaminhar para os recursos adequados e/ou para outros técnicos de saúde, quando os problemas não podem ser só resolvidos pelos enfermeiros e avaliar os resultados das intervenções (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2012).

Posto isto, pode-se afirmar que ao longo do Estágio: Gravidez, Trabalho de Parto e Pós-Parto, foi desenvolvida uma prática profissional e ética. Isto significa que foram identificados problemas, instituídas e executadas intervenções de enfermagem com vista à resolução dos problemas e avaliados os resultados das intervenções, ou seja, foi elaborado um Processo de Enfermagem a cada utente que foi alvo da prestação de cuidados de enfermagem. A elaboração deste processo teve como base os princípios científicos das melhores práticas, aliados aos princípios éticos, deontológicos, jurídicos que regem a Profissão de Enfermagem, ou seja, obedecendo ao Código Deontológico do Enfermeiro, com a promoção da proteção dos Direitos Humanos, melhorando a segurança, a privacidade e a dignidade da mulher, RN e família. Assim foram prestados cuidados de Enfermagem, sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa; sem emissão de juízos de valor e com respeito ao direito à igualdade, intimidade, informação e/ou sigilo (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2012).

Em suma, estiveram presentes os fundamentos éticos definidos por Fernandes (2010), respeito pela pessoa e pela dignidade humana; respeito pela vontade do próprio; respeito pelos princípios e pelos valores da pessoa; o bem para a pessoa; o princípio da não-maleficência; o respeito pela vida e pela qualidade de vida; a promoção do bem-estar e o alívio do sofrimento; a proteção da saúde; o princípio da justiça e a confiança.

Relativamente ao domínio da melhoria contínua da qualidade, foi constatado durante o estágio, que há uma preocupação crescente, por parte dos enfermeiros, em uniformizar os cuidados de enfermagem e de atualizar as práticas com base em evidência científica, através da elaboração de protocolos e da realização de sessões de formação, onde são discutidos temas pertinentes para a prática de cuidados.

Neste âmbito, tornou-se pertinente desenvolver uma revisão bibliográfica acerca da pesquisa de glicemia capilar no RN (indicações, como e quando executar). Este tema surgiu durante uma passagem de turno, em que se discutia qual a pertinência de executar uma pesquisa de glicemia capilar a um RN, ou mais especificamente, se quando se colhia sangue capilar, se deveria proceder em seguida à pesquisa de glicemia, só para verificar como estavam os níveis glicémicos do RN. A recomendação atual dos peritos é que se reserve a monitorização da glicemia para os recém-nascidos de risco, que inclui recém-nascidos: com peso superior a 4000g ou com peso inferior a 2000g; leves para a idade gestacional (<P10); pesados para a idade gestacional (>P90); com restrição do crescimento intrauterino; filhos de mães diabéticas ou com diabetes gestacional; com suspeita de sépsis e/ou com sintomas que sugerem hipoglicemia (taquipneia, hipotonia, espasmos, letargia, instabilidade de temperatura, apneia, sucção deficiente ou recusa em alimentar-se). Isto porque, a hipoglicemia no RN saudável é, geralmente, um estado transitório que se resolve por si só, sem necessidade de intervenção (WESTERN AUSTRALIAN CENTRE FOR EVIDENCE BASED NURSING AND MIDWIFERY, 2006). Define-se como hipoglicemia, uma concentração de glicose no sangue inferior a 35mg/dl (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008). Esta revisão bibliográfica encontra-se em anexo (Anexo II).

Ao nível do domínio da gestão dos cuidados, pode-se dizer que, no campo de estágio existia uma equipa multiprofissional, em que faziam parte enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica, enfermeiros de cuidados gerais, obstetras, anestesistas, neonatologistas / pediatras, assistentes operacionais, administrativos, psicólogos, assistentes sociais que em conjunto trabalhavam para um objetivo comum, o bem-estar da mulher, RN e família. Embora, cada um tenha a sua área de atuação específica, existem muitos pontos de interação entre as várias áreas, e por esse motivo, houve, muitas vezes, colaboração com os vários elementos da equipa multiprofissional, em exames auxiliares de diagnóstico como ecografia; em técnicas invasivas como colocação de cateter epidural; na avaliação do RN, aquando do nascimento, entre outras, assim como, na discussão de qual a melhor atitude ou intervenção a desenvolver.

Durante a prestação de cuidados, foram considerados os protocolos e as normas da instituição e utilizados, de forma eficiente, os recursos disponíveis para satisfazer as necessidades da mulher, RN e família.

Por último, no domínio das aprendizagens profissionais, pode-se afirmar que, todo este percurso de desenvolvimento de competências foi dotado de grande exigência a nível

científico, técnico, relacional e pessoal. Em termos científicos, apesar de ser uma área muito específica, tem uma vasta variedade de conhecimentos, que são necessários interiorizar para uma prestação de cuidados com qualidade. A nível técnico, apesar da experiência na prestação de Cuidados Gerais de Enfermagem e do à-vontade com determinado tipo de técnicas, como inserção de cateter venoso periférico e algaliação, a execução técnica de um parto, por exemplo, pressupõe a aprendizagem de algo, totalmente novo. Ora, toda a experiência nova e desconhecida acarreta stress e desconforto. E o stress foi sem dúvida um fator, com o qual houve necessidade em aprender a lidar, especialmente em situações de emergência no bloco de partos. Em termos relacionais, em obstetrícia temos o lado da vida, do nascimento, que é dotado de alegria e satisfação. Mas, também temos o lado da morte que é penoso de se lidar, como são exemplos, os casos de morte fetal e retenção de ovo desvitalizado.

Todas as experiências vivenciadas durante o estágio foram alvo de reflexão e introspeção e as oportunidades de aprendizagem rentabilizadas ao máximo.

2.3. Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Saúde Materna, Obstétrica E Ginecológica

O Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica contempla as seguintes competências, *Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional; Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal; Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto; Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal; Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério; Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

Tendo como base estas competências específicas do EEESMO definidas pela Ordem dos Enfermeiros, serão relatadas as experiências mais relevantes vivenciadas, durante o

estágio, para o processo de aquisição e desenvolvimento das competências específicas, nomeadamente as relativas ao período pré-natal (gravidez com complicações), trabalho de parto e período pós-parto.

2.3.1 Aquisição E Desenvolvimento De Competências No Âmbito Da Gravidez Com Complicações

Camarneiro (2007) define gravidez como o período de cerca de 40 semanas que se inicia na altura da concepção e termina com o parto. Este período, como nos diz Mendes (2002), envolve adaptações biofisiológicas, assim como, adaptações psicossociais de preparação da mulher para a maternidade. Isto implica uma reordenação de papéis e funções por parte da mulher e do seu núcleo familiar.

Durante o estágio, foram prestados cuidados de enfermagem especializados à mulher grávida em contexto de internamento hospitalar num serviço de Medicina Materno-Fetal, tendo em conta estas alterações biofisiológicas e psicossociais, acrescidas da existência de uma patologia e/ou de um fator de risco materno e/ou fetal, que pressupôs uma vigilância e/ou tratamento a nível hospitalar.

Neste sentido, foram concebidas, planeadas, implementadas e avaliadas intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez, assim como houve cooperação com outros profissionais de saúde, nomeadamente médicos, no tratamento da mulher com complicações da gravidez.

De seguida, serão mencionadas as intervenções que foram desenvolvidas junto de mulheres com patologias como: insuficiência cervical, hipertensão arterial (HTA), pré-eclâmpsia, ameaça de parto pré-termo (APPT) e rotura prematura de membranas, uma vez que foram as principais situações encontradas no campo de estágio.

Insuficiência cervical define-se como a dilatação cervical, provocada pela pressão do produto de concepção, na ausência de contratilidade uterina, resultando na expulsão de um feto imaturo. Campos, Montenegro e Rodrigues (2008) propõem como tratamento da insuficiência cervical, a Ciclorrafia Eletiva a efetuar entre as 13 e as 16 semanas de gestação ou o repouso no leito, no caso de impossibilidade técnica da ciclorrafia. Para Graça (2010)

ciclorrafia ou cérclage designa a intervenção cirúrgica, em que se encerra a porção proximal do colo do útero, com o objetivo de corrigir temporariamente a insuficiência cervical. Graça (2010), também nos diz que, a infeção, a rotura de membranas e o desencadeamento de contratilidade uterina constituem complicações desta intervenção cirúrgica. Por esse motivo, a vigilância da presença de contrações uterinas, de rutura prematura de membranas e/ou sinais de infeção (monitorização da temperatura auricular, avaliação da presença de líquido amniótico e/ou corrimento vaginal com cheiro fétido e/ou coloração esverdeada), constituíram intervenções de enfermagem, tal como recomenda Lowdermilk e Perry (2008).

No caso de repouso no leito, as mulheres ficavam completamente dependentes no autocuidado higiene, vestuário, beber, comer e uso do sanitário (neste caso, limitado ao uso de aparadeira, pois tinham a indicação de repouso absoluto no leito). Assim implicava que a intervenção de enfermagem se focasse em: dar banho na cama; assistir a vestir-se, a alimentar-se, a beber, a usar o sanitário, assim como a providenciar material adaptativo e a criar condições para promover o autocuidado, promovendo a autonomia e a autoestima da mulher.

A avaliação do bem-estar fetal realizada através da auscultação dos ruídos cardíacos fetais, utilizando o amplificador ou estetoscópio doppler; ou através da avaliação da frequência cardíaca fetal (FCF) basal, da variabilidade, acelerações e desacelerações da FCF, utilizando o cardiotocógrafo, também constituiu uma intervenção de enfermagem. Como nos refere Nomura, Miyadahira e Zugaib (2009), a cardiotocografia é um método, frequentemente utilizado para a avaliação do bem-estar fetal, nomeadamente na vigilância de gravidezes de alto risco. Esta monitorização fetal eletrónica baseia-se na análise de registos gráficos da FCF e do tônus uterino (tocografia). As alterações nos traçados são observadas em diversos estados comportamentais do feto (ciclo sono-vigília), nos distúrbios da oxigenação fetal ou em situações decorrentes da administração de medicação à grávida. Estes autores também referem que a maturidade do sistema nervoso autónomo fetal, atingida no final do segundo trimestre de gestação, propicia a regulação da FCF, facilitando a interpretação dos traçados cardiotocográficos. Durante o estágio, a avaliação do bem-estar fetal através de cardiotocografia era, geralmente, realizada a partir das 24 às 26 semanas de gestação, nas grávidas com idade gestacional mais precoce era utilizado o doppler. Para evitar possíveis erros na avaliação da FCF era simultaneamente avaliada a frequência cardíaca materna (NOMURA, R. M. Y.; MYADAHIRA S.; ZUGAIB, M., 2009).

Como a insuficiência cervical é uma das causas de abortamento (GRAÇA, L. M., 2010), o medo da perda é vivenciado pela grávida, por esse motivo foram desenvolvidas intervenções como: incentivo da comunicação das emoções por parte da grávida e familiares, promoção do envolvimento familiar, esclarecimento de qualquer dúvida e explicação de todos os procedimentos técnicos a realizar.

Durante o estágio, as grávidas com patologia hipertensiva, também constituíram um alvo da prestação de cuidados. Segundo Campos, Montenegro e Rodrigues (2008), a classificação dos estados hipertensivos da gravidez mais utilizada, é a preconizada pelo American College of Gynecologists and Obstetricians em 1972, modificada em 2000 pelo National High Blood Pressure Education Program, que corresponde ao seguinte: Hipertensão Arterial (HTA) crônica; pré-eclâmpsia/eclâmpsia; pré-eclâmpsia sobreposta em HTA crônica e HTA gestacional.

A HTA crônica na gravidez tem uma prevalência de 1-5% estando associada a um aumento da morbimortalidade materno-fetal. As complicações maternas mais frequentes são a pré-eclâmpsia sobreposta (25%) e o descolamento prematuro de placenta normalmente inserida (2,3%). Por sua vez, as complicações fetais e neonatais constituem a morte fetal e perinatal, a prematuridade e a restrição de crescimento fetal (CAMPOS, D. A.; MONTENEGRO N.; RODRIGUES, T., 2008). A pré-eclâmpsia caracteriza-se pelo aparecimento de HTA, associada a proteinúria e/ou edema patológico (de tipo nefrótico), após a 20ª semana de gravidez em mulheres previamente normotensas (GRAÇA, L. M., 2010). A Eclâmpsia designa o quadro de pré-eclâmpsia complicado por convulsões ou coma, desde que estejam excluídas outras causas (epilepsia, por exemplo) (GRAÇA, L. M., 2010). Por sua vez, pré-eclâmpsia/eclâmpsia sobrepostas designa a situação caracterizada pelo aparecimento de um quadro de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia em grávidas com HTA preexistente à gravidez (GRAÇA, L. M., 2010). A Hipertensão gestacional corresponde ao quadro de HTA que ocorre na segunda metade da gravidez ou nas primeiras 24 horas pós-parto, sem outros sinais de pré-eclâmpsia (nomeadamente proteinúria); os valores tensionais normalizam até ao 10º dia pós-parto (GRAÇA, L. M., 2010). Segundo Campos, Montenegro e Rodrigues (2008), nestes casos hipertensivos na gravidez, existe evidência crescente de que o tratamento expectante com monitorização materna e fetal prolonga a gravidez e melhora o resultado neonatal, sem aparente aumento da morbidade materna, nomeadamente entre as 28 e as 34 semanas. Desta forma, a vigilância / monitorização materna e fetal, constituiu uma das intervenções de enfermagem desenvolvidas junto das

grávidas com patologia hipertensiva (HTA crónica e pré-eclâmpsia). Esta vigilância / monitorização compreendeu a avaliação diária de tensão arterial de 4/4h, a realização do balanço hídrico (a avaliação do débito urinário é muito importante, pois fornece dados sobre a função renal), a avaliação da proteinúria (habitualmente em urina de 24h, a grávida era instruída acerca da contabilização e junção de urina nas 24h), avaliação do peso corporal e vigilância de sinais de alarme (epigastralgia e/ou dor no hipocôndrio direito; cefaleias; perturbações da visão; edemas; oligúria ou anúria e convulsões). Para um diagnóstico correto de HTA, as avaliações da tensão arterial devem ser feitas sempre com a grávida sentada, pois existem variações importantes da pressão arterial quando a grávida está em decúbito dorsal ou em decúbito lateral esquerdo. Por esse motivo, a avaliação da tensão arterial da grávida era, sempre, realizada com a grávida sentada e no membro superior esquerdo, para que não houvesse discrepâncias acentuadas nas avaliações, já que, muitas vezes, a administração de terapêutica era feita em função dos valores tensionais. Assim, para esta avaliação era utilizado o esfigmomanómetro manual, já que como nos diz Lowdermilk e Perry (2008) é o aparelho mais rigoroso. O repouso da grávida no leito, nomeadamente em decúbito lateral esquerdo era encorajado, já que este pode melhorar o fluxo sanguíneo uteroplacentário, promover a diurese e diminuir os valores de tensão arterial (LOWDERMILK, D. e PERRY S., 2008). Com o intuito de diminuir o medo e a ansiedade sentidas pela grávida, foi otimizado o ambiente físico (calmo, sereno); promovido o envolvimento familiar; encorajada a verbalização de medos e sentimentos de angústia, de forma a diminuir a intensidade da resposta emocional, e incentivado o uso de material recreativo (revistas, livros) (LOWDERMILK, D. e PERRY S., 2008).

Outra situação de risco materno-fetal, que requer muitas vezes, internamento hospitalar, diz respeito à ameaça de parto pré-termo (APPT). A APPT é definida como, a ocorrência de contratilidade uterina frequente e regular, com formação do segmento inferior uterino sem repercussão cervical, antes das 37 semanas de gestação. O trabalho de parto pré-termo (PPT) implica uma sintomatologia idêntica mas com dilatação e extinção cervical (CAMPOS, D. A.; MONTENEGRO N.; RODRIGUES, T., 2008). Como nos diz Graça (2010), com o intuito de evitar o desencadeamento do PPT ou para suspender a contratilidade uterina quando o trabalho de PPT já está em curso, têm sido utilizados vários fármacos, potencialmente eficazes para suprimir as contrações uterinas, ou seja, os agentes tocolíticos.

Segundo Campos, Montenegro e Rodrigues (2008) o desencadeamento do PPT pode ser evitado até um período máximo de 7 dias, após o início do tratamento com estes agentes tocolíticos. O tratamento com a administração destes fármacos torna-se eficaz, nomeadamente, nos casos de grávidas em trabalho de PPT, com idades gestacionais entre 24 e 34 semanas e 6 dias, com necessidade de transferência para outra unidade hospitalar e/ou que não completaram o ciclo de corticoides para maturação pulmonar fetal. Estes fármacos com atividade tocolítica, direta ou indiretamente, atuam através das modificações que provocam nas concentrações de cálcio nas células do miométrio (GRAÇA, L. M., 2010). Entre as opções terapêuticas disponíveis podemos encontrar, a Nifedipina que tem como efeitos secundários, a hipotensão, astenia e alterações vasomotoras; o Atosiban (inibidor dos recetores da ocitocina) que pode provocar náuseas e vômitos, cefaleias e tonturas; o Salbutamol (β -agonista) que tem como efeitos secundários, a taquicardia, a hiperglicemia, o edema agudo do pulmão; a Indometacina (anti-inflamatório não esteroide), que tem como efeitos secundários, o encerramento prematuro do canal arterial e oligoâmnios (CAMPOS, D. A.; MONTENEGRO N.; RODRIGUES, T., 2008).

Durante o estágio, nas situações de APPT foram administrados fármacos como, a nifedipina, indometacina e corticoides (utilizados na promoção da maturação pulmonar fetal); foi realizada a vigilância dos efeitos secundários da administração da medicação (hipotensão, astenia); foi avaliada a tensão arterial e a frequência cardíaca materna; foi promovido o posicionamento da grávida em decúbito lateral para melhorar a perfusão placentária e reduzir a pressão sobre o colo uterino; foi avaliado o bem-estar fetal e a presença de contrações uterinas através da realização da cardiotocografia (CTG); foi promovido o apoio psicossocial; foram esclarecidas as dúvidas acerca do tratamento e foi promovido o relaxamento (ambiente sossegado, comunicar calmamente com a grávida) (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008).

Por último, também foram prestados cuidados de enfermagem especializados, a grávidas com rotura prematura de membranas (RPM). A RPM define-se como a rotura das membranas corioamnióticas com perda de líquido amniótico, mais de uma hora antes do início do trabalho de parto. Esta situação ocorre em 3% de todas as gestações e é responsável por cerca de 30% dos nascimentos pré-termo. Está associada a um aumento de morbimortalidade materna, fetal e neonatal resultante de infeção, prolapso do cordão, descolamento de placenta e prematuridade (CAMPOS, D. A.; MONTENEGRO N.; RODRIGUES, T., 2008).

Lowdermilk (2008) refere-nos que a infecção é um grave efeito colateral da RPM, tornando-a numa das principais complicações da gravidez. Assim, a vigilância dos sinais de infecção é uma das componentes mais importantes dos cuidados de enfermagem. Por isso, nestes casos, foi vigiada a presença de sinais de infecção tais como: febre, as características do líquido amniótico (quantidade, cor e cheiro), tendo a grávida sido assistida no autocuidado: higiene para uma correta higiene genital. Graça (2010) diz-nos que, a abordagem terapêutica mais adequada a cada grávida depende do tempo de gestação e da patologia materna e/ou fetal associada. Neste sentido, foram prestados cuidados de enfermagem de acordo com o plano terapêutico definido, que incluía a vigilância de sinais de infecção, como já foi referido; a monitorização fetal através da cardiotocografia; a vigilância da presença de sinais de trabalho de parto (contrações uterinas regulares, dilatação e extinção do colo uterino através do toque vaginal); a assistência no autocuidado higiene, vestuário e eliminação; administração de terapêutica (nomeadamente antibióticos). Nas situações em que a grávida iniciava o trabalho de parto, foi providenciado o seu transporte seguro para o bloco de partos, assim como foi explicado à grávida e ao acompanhante todas as ações realizadas.

Durante a prestação de cuidados de enfermagem especializados à grávida e família foi considerado, sempre, que a gravidez constitui uma crise de desenvolvimento marcada pela revivência da vida infantil, caracterizada por alterações psicológicas que resultam da adaptação às modificações corporais, emocionais e sociais próprias como: a modificação da imagem corporal; o medo da irreversibilidade da forma do corpo; a ansiedade e o medo do parto; o comportamento e as emoções da mulher que se vai tornar mãe, e do homem que se vai tornar pai. Este processo é um momento de crise e de crescimento maturacional, que conduz à criação das condições necessárias à formação duma família relacional, com integração de mais um elemento (CAMARNEIRO, A. P., 2007). Por esse motivo, a grávida e convivente significativo (quando presente) foram encorajados a expressar os seus sentimentos e medos em relação à gravidez, de forma a ser possível avaliar o processo de aceitação da gravidez e o processo de adaptação à maternidade e à paternidade. Para concretizar esta intervenção de enfermagem foram utilizadas técnicas como, a escuta com uma expressão atenta, o toque e a utilização do contato visual, para que a grávida sentisse os seus sentimentos reconhecidos, assim como o direito de os expressar (LOWDERMILK, D. e PERRY S., 2008).

As grávidas hospitalizadas vivenciam, para além das alterações físicas, psicológicas e psicossociais características da gravidez, o fator - hospitalização. Como afirma Camarneiro (2007), a hospitalização durante a gravidez acarreta grandes preocupações às mulheres, nomeadamente preocupações com a criança que geram, com a sua saúde e muitas vezes com os filhos deixados em casa. A mesma autora complementa, citando White e Ritchie (1984) que referem que, as grávidas não desejam demasiada informação durante o internamento, mas sim, preferem um ambiente tranquilo, acolhedor e bem organizado. Por esse motivo, foi sempre que possível criado esse ambiente tranquilo (falando calmamente com a grávida, diminuição dos ruídos e intensidade da luz), acolhedor (estabelecendo uma relação empática com a grávida e convivente significativo) e bem organizado (transmitindo a noção de que existe uma equipa multiprofissional com competências e recursos técnicos e materiais eficientes para atuar de forma precoce, sempre que seja detetado algum problema).

Também foram prestados cuidados à mulher e seus conviventes significativos, nas situações de abortamento como, gravidez não evolutiva do 1º trimestre (retenção de ovo desvitalizado, embrião sem vitalidade) e gravidez inviável do 2º trimestre. Estas mulheres estavam internadas no Serviço de Medicina Materno-Fetal, para não terem contato com puérperas e recém-nascidos.

Nestas situações, o misoprostol, um análogo sintético E1 com comprovada ação a nível cervical, constituía o fármaco de eleição para se proceder a um esvaziamento uterino, quando o colo do útero se encontrava fechado. Representando assim, uma alternativa eficaz e segura à laminária e à dilatação mecânica do colo uterino. Este fármaco apresenta maior eficácia e tolerabilidade quando administrado por via intravaginal (CAMPOS, D. A.; MONTENEGRO, N.; RODRIGUES, T., 2008). Neste sentido, foram administrados algumas vezes comprimidos de misoprostol por via vaginal. Esta administração requeria além da execução de uma técnica adequada, o estabelecimento de uma relação de confiança com a mulher, para que esta se sentisse apoiada e descontraída, uma vez que se tratava de uma situação, em que a mulher sente dor a nível “psicológico” (perda gestacional, processo de luto) e física decorrente dos efeitos do fármaco.

Os efeitos secundários mais frequentes do misoprostol são, dores abdominais; hipertermia; náuseas; vômitos e diarreia (CAMPOS, D. A.; MONTENEGRO, N.; RODRIGUES, T., 2008), o que implicava a vigilância da presença de dor, náuseas, vômitos e/ou diarreia e

a monitorização da temperatura, com administração da respetiva medicação prescrita em SOS para minimizar estes efeitos.

As anomalias cromossómicas estão presentes em mais de 50% dos abortamentos espontâneos e em 5% dos nados mortos. A realização do cariótipo nos produtos fetais permite conhecer de um modo sistemático, as alterações citogenéticas que condicionaram a perda fetal, o que permite uma avaliação do risco de recorrência e consequente orientação dos casais. Procede-se assim, a uma colheita asséptica de um fragmento da placenta, de um fragmento de pele (calcâneo e coxa) ou de um fragmento de membro, que são colocados, posteriormente, em meios de cultura fornecidos pelo Serviço de Genética (CAMPOS, D. A.; MONTENEGRO, N.; RODRIGUES, T., 2008). Por esse motivo era feito ensino à mulher para avisar quando sentisse a expulsão de algo e para urinar num recipiente, diminuindo o risco da perda dos restos ovulares/fetais.

Na preparação para a alta, nestes casos de abortamento, as mulheres e conviventes significativos eram informados e orientados sobre os sinais e sintomas de risco tais como: hemorragia acentuada; hemorragia superior a 15 dias; dores abdominais fortes ou temperatura superior a 38°C e quando estivessem na presença destes sinais e sintomas deveriam dirigir-se ao serviço de urgência. O casal era também encaminhado para uma consulta, onde se iria abordar assuntos tais como: contraceção adequada e estudo da causa da morte fetal, nos casos de gravidez inviável do 2º trimestre (CAMPOS, D. A.; MONTENEGRO, N.; RODRIGUES, T., 2008).

Leal (2005) diz-nos que consoante o grau de investimento afetivo e de planeamento da gravidez, surgem os sentimentos decorrentes do desaparecimento de um bebé real e fantasiado e uma significativa diminuição de autoestima, que resulta dos afetos negativos associados ao facto de deixar de estar grávida e de se sentir em união com o feto, assim como pode experienciar sentimentos de perda de confiança no próprio corpo e na sua capacidade de procriação; de inutilidade; de vazio; de vergonha; de fracasso e receio de que o companheiro a culpe pela sua incapacidade de lhe dar um filho. A mesma autora diz que, o facto de o casal sentir um intenso pesar na sequência de uma perda gestacional deve ser visto como um indicador de uma boa capacidade de relacionamento e investimento afetivo, e não como uma reação excessiva e histriónica.

Kennel e Klaus (1993) citados por Leal (2005) recomendam que os profissionais de saúde devem: ajudar os pais a elaborar a sua perda e a fazê-la real; avaliar se as reações normais à perda se iniciarão e se ambos os pais resolverão o processo, se possível sem um luto

patológico e atender às necessidades individuais de pais específicos. Tendo a noção de todos os sentimentos que estão envolvidos numa perda gestacional, tentou-se seguir as recomendações de Kennel e Klaus (1993), apoiando e escutando a mulher ou o casal.

Como nos diz Ferreira [et al.] (2005) escutar não é sinónimo de ouvir, mas sim estar atento ao cliente para aceder à sua vivência. Através da escuta, o enfermeiro permite que o seu cliente compreenda as suas dificuldades e encontre em si próprio os recursos que não tem estado a utilizar, ou seja, foi através da disponibilidade demonstrada e do escutar que foram identificados os sentimentos que a mulher ou casal vivenciavam.

Muitas vezes, na tentativa de confortar a pessoa pela sua perda, como profissionais de saúde achamos que temos, sempre, de dizer algo, mas como nos refere Ferreira [et al.] (2005), o silêncio permite que o enfermeiro e o cliente organizem os pensamentos. Respeitar o silêncio pode facilitar a comunicação e demonstrar interesse e respeito pela pessoa. Por isso, por vezes, basta demonstrar que estamos disponíveis, e não é necessário tecer comentários, que podem ser tidos como desagradáveis. Através destas intervenções, foi promovida a saúde da mulher ou casal na situação de abortamento.

2.3.2. Aquisição E Desenvolvimento De Competências No Âmbito Do Trabalho De Parto E Parto

O trabalho de parto (TP) compreende quatro estádios, o primeiro inicia-se com o aparecimento de contrações uterinas regulares e termina com a extinção e dilatação totais do colo uterino; o segundo, por sua vez, compreende a fase entre a dilatação completa do colo uterino até à expulsão do feto; o terceiro decorre entre o nascimento do feto e a expulsão da placenta e o quarto estádio, tem uma duração, em geral, de cerca de duas horas após a expulsão da placenta, constitui o período em que a hemóstase se restabelece. (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008).

Durante o estágio, foram prestados cuidados de enfermagem especializados às mulheres (utentes), recém-nascidos e conviventes significativos, de forma a promover a saúde da mulher durante o TP e a otimizar a adaptação do recém-nascido (RN) à vida extra-uterina. O que implicou o acompanhamento da utente desde a entrada na sala de

admissão, passando pela sala de observações e/ou sala de partos até à transferência para o serviço de puerpério.

Na sala de admissão era feita uma colheita de dados que, de um modo geral, contemplava o motivo da vinda da grávida à urgência; idade; idade gestacional; índice obstétrico, assim como eram avaliados os sinais vitais (tensão arterial, pulso, temperatura) e realizado CTG.

Regra geral, a grávida era posteriormente observada pela equipe médica, que diagnosticava o trabalho de parto (presença de contrações uterinas regulares e/ou dilatação cervical e/ou extinção cervical) e se se encontrava na fase latente ou ativa do TP. Segundo o protocolado no Centro Hospitalar São João, EPE, caso a mulher se encontrasse na fase latente do TP, era admitida na Sala de Observações e passava à Sala de Parto na fase ativa do TP (presença de contrações uterinas rítmicas e constatação de uma dilatação cervical superior ou igual a 4 cm com extinção do colo uterino superior ou igual a 80% (CAMPOS, D. A.; MONTENEGRO, N.; RODRIGUES, T., 2008). A Federación de Asociaciones de Matronas de España / Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (2009) também defende que, enquanto a mulher não se encontra na fase ativa do TP, com o colo uterino dilatado pelo menos 4 cm, com contrações uterinas rítmicas e regulares e início de descida da apresentação fetal, não é aconselhável que esteja na sala polivalente de dilatação/parto, uma vez que pode gerar ansiedade e falsas expectativas para a mulher e companheiro podendo conduzir à prática, pelos profissionais, de intervenções injustificadas (amniotomia, estimulação com ocitocina, monitorização contínua, entre outras).

Na Sala de Observações ou na Sala de Parto foi estabelecida uma relação empática com a parturiente e abordadas questões tais como, o plano de nascimento. O plano de nascimento é um documento escrito em que a grávida manifesta e deixa claro os desejos e as expectativas para o momento do parto e nascimento do seu filho (FAME / APEO, 2009). Este tipo de plano de nascimento ou plano de parto, tal como é aqui definido, não foi uma realidade encontrada no campo de estágio, ou seja, nenhuma das utentes, a quem foram prestados cuidados de enfermagem, tinha um plano de parto definido por escrito. No entanto, como nos diz Lowdermilk e Perry (2008), quando não existe um plano escrito, o enfermeiro deve ajudar a mulher a formular um plano para o parto, informando-a das opções disponíveis, tendo em conta o desejo e necessidades da mulher. Assim, considerando esta afirmação, foram identificadas as expectativas, as necessidades e os medos da utente, de forma a dar resposta às necessidades e a minimizar os receios. Uma

vez que, o fator psicológico, ou seja, a confiança que a mulher tem nos profissionais de saúde e a forma como acredita que é capaz de parir o seu filho, constitui um dos fatores mais importantes de todo este processo.

Após ser apresentado o espaço físico (sala de observações ou sala de parto) à parturiente e de ser realizada e completada a colheita de dados, que incluía questões como: presença de um convivente significativo durante o TP e parto, existência de alergias, hábitos alimentares e hábitos de eliminação, foram também desenvolvidas outras intervenções que permitiram a monitorização do TP, assim como a avaliação do risco materno-fetal e a identificação dos desvios do padrão normal do TP. Estas intervenções de enfermagem compreenderam: avaliação da temperatura auricular, frequência cardíaca e tensão arterial; execução de manobras de Leopold (permitem através da palpação abdominal, diagnosticar a apresentação, posição e situação fetal); exame tocológico/exame vaginal (determinação da dilatação e extinção do colo uterino e integridade das membranas corioamnióticas); avaliação do número de contrações uterinas; inserção de cateter venoso periférico para administração de soroterapia e/ou medicação prescrita por via endovenosa e realização de CTG e interpretação de traçados cardiotocográficos.

Todas as parturientes eram submetidas à monitorização através de cardiotocografia (CTG) contínua, em algum momento da sua permanência no bloco de partos, isto é, quando as parturientes se encontravam na Sala de Observações na fase latente do TP, com gravidez considerada de baixo risco, por vezes o uso da CTG era intermitente, mas a partir do momento em que estavam com cateter epidural (90% dos casos), estava protocolado o uso de CTG contínua. Como nos diz, Alfirevic e col. (2006) citado por Graça (2010), na sua revisão na Cochrane, a CTG contínua durante o TP diminui significativamente a incidência de convulsões neonatais (a maioria atribuível a situações de hipoxia intraparto). No entanto, ela está associada a uma maior taxa de partos por ventosa/fórceps comparativamente com o grupo não monitorizado eletronicamente, isto é, a CTG contínua durante o TP, quando devidamente interpretada cumpre o seu principal objetivo, que é identificar o feto em hipoxia e, por consequência, evitar a mortalidade fetal intraparto e a mortalidade neonatal atribuíveis a essa causa. No Bloco de Partos, a CTG era um dos métodos de eleição na monitorização intra-parto. Como tal, fazendo parte das competências do EEESMO, a monitorização do TP, foi monitorizado um grande número de parturientes com cardiotocógrafo, o que significou identificar o foco de auscultação para monitorizar a frequência cardíaca fetal (FCF) e o fundo uterino para monitorizar a atividade

uterina (contrações uterinas). A interpretação dos traçados era facilitada pela presença de um sistema informatizado, em que a informação processada no cardiotocógrafo era transmitida para vários monitores situados em vários pontos do Bloco de Partos. Além disso, como o próprio sistema informático estava programado para avaliar traçados e sinalizar sob a forma de alertas visuais e sonoros quando algo estava fora do padrão normal, constituía assim, um grande auxílio na monitorização do TP.

A unidade curricular de Monitorização Biofísica Fetal foi uma preciosa ajuda na interpretação de traçados cardiotocográficos, uma vez que não é uma tarefa considerada fácil. Assim, foi possível olhar para um traçado e determinar a linha de base da FCF, a variabilidade, a presença ou ausência de acelerações e/ou desacelerações e duração destas, com o intuito de determinar se um traçado é tranquilizador ou não-tranquilizador e atuar em concordância. Um traçado cardiotocográfico define-se como tranquilizador ou normal quando estão presentes todos os critérios: linha de base da FCF entre 110-160 bpm; presença de pelo menos duas acelerações (deflexões bruscas e transitórias da FCF acima da linha de base com amplitude máxima superior a 15 bpm e duração superior a 15 segundos) em 50 minutos; pelo menos 10 minutos de variabilidade longa normal (é a diferença entre a FCF máxima e mínima num intervalo de um minuto, é considerada normal se igual ou superior a 5 bpm) nos anteriores 50 minutos e ausência de desacelerações (deflexões bruscas e transitórias da FCF abaixo da linha de base com amplitude máxima superior a 15 bpm e duração superior a 15 segundos), exceto se esporádicas e com duração inferior a dois minutos. Um traçado é considerado não-tranquilizador, quando não está presente um ou mais critérios que determinam que um traçado é normal, referidos anteriormente (CAMPOS, D. A.; MONTENEGRO, N.; RODRIGUES, T., 2008).

A análise automatizada do segmento ST (STAN), aplicada à monitorização fetal intraparto, é uma técnica desenvolvida precisamente para avaliar e quantificar alterações do ECG fetal, nomeadamente elevação ou depressão do segmento ST e modificações da onda T, que traduzem situações de hipoxia, quando os traçados CTG são considerados não-tranquilizadores (GRAÇA, L. M., 2010). O traçado não-tranquilizador não é específico das situações de hipoxia fetal, por isso devem ser pesquisadas e corrigidas as situações que provocam ou potenciam a hipoxia fetal que incluem: o decúbito dorsal materno, a hipotensão materna, a hipercontratilidade uterina, a hipertermia materna e a administração de medicamentos à parturiente como: opiáceos, sedativos, benzodiazepinas, anestésicos, sulfato de magnésio, agonistas β e parasimpaticolíticos (CAMPOS, D. A.;

MONTENEGRO, N.; RODRIGUES, T., 2008). A hipercontratilidade uterina ou taquissistolia uterina define-se como a presença de cinco ou mais contrações uterinas num período de dez minutos, esta contratilidade excessivamente frequente pode levar a hipoxia fetal por impedir a troca de gases que se dá nos intervalos entre as contrações uterinas (GRAÇA, L. M., 2010). Sendo assim, houve colaboração com outros profissionais de saúde, nomeadamente obstetras, na colocação deste tipo de monitorização fetal intraparto - STAN.

Algumas parturientes apresentaram traçados cardiotocográficos patológicos, caracterizados pela presença de um dos seguintes critérios: variabilidade longa reduzida (diferença entre a FCF máxima e mínima num intervalo de um minuto inferior a 5 bpm), com ou sem desacelerações, com duração superior a 50 minutos; variabilidade curta reduzida (corresponde à média dos intervalos de tempo entre batimentos sucessivos), com duração superior a 30 minutos; desaceleração prolongada (duração superior a 5 minutos) com baixa variabilidade superior a 5 minutos ou com variabilidade normal superior a 8 minutos e desacelerações repetitivas (três ou mais desacelerações em 10 minutos em dois segmentos consecutivos ou ocupando mais de 50% desses segmentos) com baixa variabilidade (curta, longa ou impossível de avaliar), com duração superior a 10 minutos (CAMPOS, D. A.; MONTENEGRO, N.; RODRIGUES, T., 2008). Estas situações impuseram a necessidade do transporte emergente de parturientes para o bloco operatório para se realizar uma cesariana, uma vez que, a presença de um traçado patológico está associado a elevada probabilidade de hipoxia central do feto e deve motivar a reversão imediata da causa hipóxica (colocação da parturiente em decúbito lateral, correção da hipotensão materna, correção da hipercontratilidade uterina, correção de dificuldade cardio-respiratória materna) ou a extração imediata do ambiente intra-uterino (CAMPOS, D. A.; MONTENEGRO, N.; RODRIGUES, T., 2008). Nestes casos, o stress esteve presente, mas a interajuda e a coesão da equipa multiprofissional contribuiu para o desfecho positivo de todas as situações.

A correção da hipercontratilidade uterina, uma das possíveis causas de hipoxia fetal, como já foi referido anteriormente, foi realizada através da suspensão da perfusão endovenosa de ocitocina, nos casos em que estava a ser administrada à parturiente. Nos casos em que esta medida não era suficiente ou não estava a ser administrada perfusão endovenosa de ocitocina, foi administrado salbutamol em perfusão endovenosa à parturiente, que se revelou eficaz em todos os casos, em que foi utilizado. Graça (2010)

recomenda que nos casos de hipercontratibilidade uterina, deve ser abolida imediatamente a terapêutica útero-estimulante em curso (ocitocina), administrados fluidos, posicionada a parturiente em decúbito lateral esquerdo, com o intuito de melhorar a perfusão útero-placentária e também deve ser administrada oxigenoterapia (intermitente para obstar à vasoconstrição uterina reativa). O salbutamol é o tocolítico (β -mimético) mais utilizado em Portugal durante o TP, para controlar as situações de hipercontratibilidade uterina ou taquissistolia uterina. O mecanismo de atuação do salbutamol diz respeito à promoção da saída do cálcio das células do miométrio, ou seja, promove um relaxamento a nível do miométrio, diminuindo a contratilidade uterina (GRAÇA, L. M., 2010).

Da mesma forma que, foram diagnosticadas situações, em que a parturiente apresentou CTG com traçado não-traquilizador ou com traçado patológico, com consequente necessidade de atuação, também foram identificadas situações, nas quais as parturientes apresentaram uma fase ativa do TP inadequada, quer por falha de dilatação cervical e/ou falha de progressão da descida fetal. À evolução anormal / inadequada do TP, pode-se dar a designação de distócia, que se define como a presença de fenómenos patológicos que interferem com a dilatação do colo uterino e com a progressão do feto através do canal de parto até à sua expulsão, onde podem estar envolvidos mecanismos de natureza dinâmica (anomalias das forças expulsivas, que podem ser por disfunção contrátil uterina ou por esforço voluntário inadequado durante o período expulsivo) e mecanismos de natureza mecânica (alterações a nível da apresentação, da posição ou das dimensões do feto e de anomalias da bacia materna ou do canal de parto (GRAÇA, L. M., 2010). Perante as situações de parturientes com progressão lenta do TP que se caracteriza por, no caso de nulíparas dilatação cervical inferior a 1,2 cm/h e descida fetal inferior a 1 cm/h, no caso de multíparas dilatação inferior a 1,5 cm/h e descida fetal inferior a 2 cm/h (FRIEDMAN e COHEN, 1983, cit. por CAMPOS, D. A.; MONTENEGRO, N.; RODRIGUES, T., 2008) tendo sido aplicado o protocolo (da instituição hospitalar) de aceleração do TP. Este protocolo de aceleração do TP tinha por objetivo estimular as contrações uterinas, consistindo na administração de uma perfusão de ocitocina e na realização de amniotomia a parturientes que apresentassem os seguintes requisitos: sem cirurgias uterinas prévias; gravidez de termo com feto único em apresentação cefálica; CTG com traçado fetal tranquilizador; sem suspeita clínica de desproporção fetopélvica; sem contra-indicação para analgesia epidural; paridade inferior ou igual a IV; fase ativa do TP e ausência de alterações cervicais durante duas horas (CAMPOS, D. A.; MONTENEGRO, N.; RODRIGUES, T., 2008).

Todas as parturientes, ao longo da progressão do TP, referiram a presença de dor, com maior ou menor intensidade, localizada a nível supra-púbico e/ou região lombo-sagrada e/ou a nível da vulva, períneo. Por isso, outra intervenção de enfermagem desenvolvida constituiu a monitorização, prevenção e controlo da dor durante o TP. A dor é um fenómeno desagradável, complexo e muito individual com ambos os componentes sensorial e emocional. As grávidas preocupam-se, frequentemente, com a dor que irão sentir durante o TP e parto e com o modo como irão reagir e lidar com ela (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008). A FAPE / APEO (2009) refere que, regra geral, proporciona-se mais informação às grávidas sobre os métodos farmacológicos para o alívio da dor, especialmente acerca da analgesia epidural, do que sobre os métodos complementares ou alternativos. Este facto foi constatado no campo de estágio, uma vez que a analgesia epidural constituiu o método farmacológico de eleição das parturientes, para o alívio da dor do TP. O recurso à analgesia epidural, como método farmacológico de alívio da dor, implicou a colaboração com os anestesistas, na técnica de colocação de cateter epidural (apoio emocional e posicionamento da parturiente, preparação de material, fixação do cateter junto à pele) e posteriormente, a administração de medicação segundo prescrição. A FAPE / APEO (2009) preconiza que, as grávidas devem ser informadas dos métodos não farmacológicos de alívio da dor, tais como: liberdade de movimentos; apoio contínuo durante o TP e parto; uso da água, entre outras. Tendo em conta esta afirmação e as normas e protocolos da instituição, o método não farmacológico de alívio da dor utilizado durante o estágio, diz respeito ao apoio contínuo durante o TP e parto. Numa revisão na Cochrane, concluiu-se que as mulheres que contaram com o apoio contínuo durante os seus partos tiveram menor necessidade de analgésicos e ficaram mais satisfeitas com a experiência (HODNETT [et al.] cit. por FAME/APEO, 2009).

Quando era diagnosticado que a parturiente se encontrava no segundo período do trabalho de parto (SPTP), na fase avançada ou expulsiva, ou seja, a parturiente apresentava dilatação cervical completa, a apresentação fetal encontrava-se abaixo das espinhas isquiáticas e a parturiente referia ou não necessidade de puxar, era preparado todo o espaço físico (posicionamento da parturiente, regra geral, em posição ginecológica; foco de luz direcionado para a região da vulva; preparação do material necessário à execução de um parto eutócico; fonte de aquecimento para o RN;; lençóis esterilizados aquecidos para o RN; roupa do RN), assim como era explicado à parturiente e convivente significativo todos os procedimentos e promovida a participação ativa no parto. A participação ativa do

convivente significativo / pai referia-se principalmente ao apoio emocional dado à parturiente, que é referido por Lowdermilk e Perry (2008), como muito importante. À parturiente era solicitada a colaboração, essencialmente no que diz respeito aos esforços expulsivos. Deste modo, habitualmente durante o primeiro período do TP ou no início do SPTP era ensinado ou lembrado à parturiente (caso tivesse aprendido durante as aulas de preparação para o parto) as duas formas de realizar esforços expulsivos: o puxo com manobra de Valsalva (MV) ou puxo espontâneo (PE). O MV pressupõe que a parturiente inspire uma grande quantidade de ar, a mantenha dentro do tórax e puxe com a boca fechada, por sua vez, o PE pressupõe que a parturiente puxe livremente quando sente o impulso de fazer força (FAME / APEO, 2009). Regra geral, apesar de Lowdermilk e Perry (2009) desencorajarem a prática do incentivo do MV por acarretar um risco acrescido de hipoxia fetal, esta prática foi a mais utilizada durante o estágio. Este facto esteve presente por dois motivos principais: o reflexo de Ferguson (necessidade de fazer força) não era manifestado pela maioria das parturientes e esta prática era considerada eficaz pelos profissionais da instituição.

A execução da técnica do parto eutócico foi facilitada pelo facto de nas aulas práticas da unidade curricular “Trabalho de Parto e Autocuidado no Pós-Parto”, ter havido a oportunidade da execução do parto eutócico em manequim, o que proporcionou uma boa preparação e também as técnicas aprendidas, iam ao encontro do executado pelos profissionais de saúde do Centro Hospitalar São João, EPE. Esta execução técnica compreendia resumidamente, o seguinte: quando o vértice da apresentação fetal surgia à vulva era protegido o períneo durante as contrações uterinas; verificada a distensão do períneo à medida que ocorria o coroamento (quando o diâmetro biparietal (maior diâmetro da cabeça fetal) provoca distensão da vulva), se fosse necessário era realizada uma episiotomia; com a mão direita era protegido o períneo e com a mão esquerda era ajudado o desencravamento das bossas parietais e controlada a saída da cabeça (manobra de Ritgen); com a saída da cabeça do feto, pedia-se à parturiente para não puxar, para ser verificada a existência de eventuais circulares do pescoço; feto fazia a rotação externa; continuava a descida fetal, aparecia o ombro anterior debaixo do púbis, libertava-se o ombro anterior efetuando tração para baixo; efetuava-se tração para cima com a mão esquerda para libertar o ombro posterior e protegia-se o períneo com a mão direita; segurava-se no RN; colocava-se no abdómen da mãe, quando reativo e procedia-se à

laqueação e corte do cordão umbilical (FREITAS, F. [et al.], 2011; LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008; LEVENO, K. J. [et al.], 2005).

A separação da placenta do seu local de inserção ocorre habitualmente alguns minutos após o parto, pensando-se resultar da força mecânica das contrações uterinas e da diminuição da área de inserção devida à brusca redução do volume uterino após a expulsão do feto (GRAÇA, L.M., 2010). Isto sucedeu-se em todos os partos executados, exceto num deles, em que passado uma hora (protocolado) pós expulsão do feto, não se deu a dequitação espontânea, tendo-se comunicado e colaborado com o obstetra na extração manual da placenta e respetiva revisão uterina.

Após a expulsão do feto, foi aguardado o aparecimento de sinais de descolamento da placenta tais como: saída súbita de sangue através do introito vaginal, um aumento aparente do cordão umbilical, à medida que a placenta descia para o introito vaginal ou observação da placenta na vagina, assim como foi realizada massagem uterina, incentivada a mulher a realizar esforços expulsivos e realizada a tração mínima e controlada do cordão umbilical, de forma a facilitar a dequitação espontânea. A expulsão da placenta ocorre por mecanismo de Schultze, quando a face da placenta que aparece primeiro é a face fetal, de aparência lisa ou por mecanismo de Duncan, quando a face materna da placenta, com aparência escura e enrugada aparece primeiro (LOWDERMILK, D.; PERRY, S.). Após a dequitação, foram pesadas e inspecionadas todas as placentas. Assim, foi verificado se estava completa, em relação ao número de cotilédones e se todos os cotilédones estavam completos, se apresentava calcificações, cotilédones aberrantes, qual a inserção do cordão umbilical (central, lateral, marginal, velamentosa) e se este possuía os três vasos (duas artérias e uma veia). Em todas, não houve alterações significativas.

A avaliação da integridade do canal de parto e a aplicação de técnicas de reparação como perineorrafia em lacerações perineais de 1º e 2º grau e episiorrafia foram também executadas. A proteção da integridade do períneo materno constituiu uma prioridade durante a execução do parto eutócico. Um terço dos partos executados correspondeu a utentes com períneo íntegro no pós-parto. Durante a execução de um parto eutócico foi considerado o que nos recomenda Graça (2010) que se deve recorrer à realização da episiotomia quando é necessário abreviar o período expulsivo por razões fetais ou para facilitar intervenções obstétricas tais como: fórceps, ventosa, apresentação fetal occipito-posterior, distócia de ombros e parto pélvico, assim como deverá ser abandonado o recurso rotineiro a esta técnica.

Durante o estágio surgiu a oportunidade de assistir e colaborar com os obstetras num grande número de partos distócicos por ventosa, devido nomeadamente, a apresentações de vértice occipito-posteriores persistentes e a forças expulsivas voluntárias maternas inadequadas.

Após o nascimento o RN apresenta alterações biofisiológicas e comportamentais complexas, resultantes da transição para a vida extra-uterina. Neste processo de adaptação interferem um conjunto de factores tais como: a capacidade fisiológica do RN; as competências/saberes dos profissionais para avaliar e responder eficazmente e a história in-útero, ante e intraparto. Assim, no pós-parto imediato foram desenvolvidas intervenções de enfermagem, de forma a promover a adaptação do RN à vida extra-uterina.

Imediatamente após o nascimento, o padrão respiratório do RN muda de inspirações superficiais episódicas características do feto para inalações regulares. A nível pulmonar dá-se uma rápida substituição do líquido brônquico e alveolar por ar, este líquido é removido através da circulação pulmonar. O atraso na remoção do líquido do alvéolo pode contribuir para o síndrome de taquipneia transitória do RN. À medida que o líquido é substituído pelo ar, há uma considerável redução da compressão vascular com, consequente, queda da pressão arterial pulmonar, o que leva ao encerramento do ducto venoso e o encerramento do foramen ovale é variável. Regra geral, o RN começa a respirar e chora imediatamente após o nascimento, indicando o estabelecimento de uma respiração ativa. Este início de respiração é desencadeado por factores tais como: compressão do tórax durante o segundo período do TP e parto por via vaginal, o que provoca a saída do líquido brônquico e alveolar do trato respiratório; privação de oxigénio e acumulação de dióxido de carbono (estímulos da respiração) e manipulação do RN; temperatura ambiente; ruído e luz (LEVENO, K. J. [et al.], 2005). Posto isto, foram prestados cuidados de enfermagem de forma a estimular e/ou manter a respiração (depois de estabelecida a respiração, os movimentos respiratórios são superficiais e irregulares, variando de 30 a 60 ciclos por minuto) e a manter a permeabilidade das vias aéreas. Estes cuidados incluíram: a limpeza da boca e nariz logo após o nascimento; a limpeza e aquecimento do RN com lençóis esterilizados aquecidos (com o objetivo de estimular); posicionamento do RN com a cabeça ligeiramente mais baixa do que o corpo para facilitar a drenagem de secreções por gravidade e a aspiração de secreções da boca e nariz, caso necessário (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008).

A literatura diz-nos que, a avaliação do Índice de Apgar ao primeiro, quinto e décimo minuto, permite a avaliação da resposta do RN à vida extra-uterina. Nesta avaliação são

incluídos cinco parâmetros (frequência cardíaca, respiração; tônus muscular; irritabilidade reflexa e cor), avaliados num valor máximo de 10. Por esse motivo, a avaliação do Índice de Apgar incluiu a prestação de cuidados imediatos ao RN.

A avaliação das medidas antropométricas (peso, comprimento, perímetro cefálico), também constituiu uma intervenção de enfermagem, uma vez que a sua avaliação constitui uma referência em termos de avaliação do desenvolvimento infantil. Durante os três primeiros dias de vida a maioria dos recém-nascidos perde 5 a 10% do peso relativamente ao peso à nascença (relacionado com a perda de líquidos dos tecidos corporais e eventual reduzida ingestão de alimentos) com início de recuperação ao quinto dia, atingindo o peso inicial à nascença ao 8º/10º dia (LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E., 2008).

A temperatura do RN (centro de regulação situa-se no hipotálamo) é resultante do equilíbrio entre o calor perdido e o calor produzido e, o facto de ele apresentar uma fina camada de gordura subcutânea (escasso isolamento) associado ao facto dos vasos sanguíneos estarem muito perto da pele, leva a que o RN perca calor mais depressa do que é capaz de produzir. Por isso, foram desenvolvidas intervenções no sentido de prevenir a hipotermia (temperatura inferior a 36,4°C) tais como: gerir o ambiente: sem correntes de ar, evitar contato com ambiente / objetos frios; aquecer a roupa do RN e organizá-la por ordem de utilização; colocar o RN sob fonte de calor; secar o RN; vestir a roupa; colocar gorro; envolver o RN com cobertor e promover o contato pele a pele (método canguru) (LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E., 2008).

A vitamina K (Fitonadiona) é essencial para a coagulação sanguínea, uma vez que é essencial para a síntese de protrombina, que converte o fibrinogénio solúvel em circulação no sangue, numa proteína – fibrina, que constitui a principal componente de um coágulo sanguíneo, assim como é essencial para a produção de fatores VII, IX e X. Assim, foi administrado aos recém-nascidos Kanakion pediátrico (vitamina K) 1mg intramuscular na face externa da coxa esquerda, com o objetivo de prevenir a doença hemorrágica do recém-nascido. A doença hemorrágica do recém-nascido caracteriza-se por hemorragia interna e externa espontânea acompanhado de hipoprotrombinemia (consequência de transporte placentário pobre de vitamina k para o feto) e níveis muito baixos de outros fatores de coagulação dependentes de vitamina K (V, VII, IX e X) (LEVENO, K. J. [et al.], 2005).

Com o objetivo de evitar conjuntivites neonatais, devido a agentes etiológicos como: *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus dos*

grupos A e B, foi aplicado cloranfenicol pomada no RN (LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E., 2008; LEVENO, K. J. [et al.], 2005).

Sempre que havia um parto distócico por ventosa, era chamado o neonatologista por prevenção, e assim houve, muitas vezes, oportunidade de colaborar com estes profissionais. Nunca foi necessário proceder a uma reanimação, pois mesmo os recém-nascidos com índice de Apgar de valor 7 ou 8 ao 1º minuto revertiam para valores de 10 ao 5º e 10º minuto, com a estimulação e aquecimento. Quanto às alterações morfológicas e funcionais foram verificadas nomeadamente: RN com pé boto posicional (sem grande relevo), RN com fratura da clavícula em consequência de uma distócia de ombros, um RN com trissomia 21 prematuro e um outro RN com coartação da aorta. Os dois últimos casos mencionados estavam já previamente diagnosticados e posteriormente foram transportados para o serviço de Neonatologia para uma maior vigilância.

Lowdermilk e Perry (2008) afirmam que, o processo de vinculação desenvolve-se e mantém-se pela proximidade e interação com o RN, em que os pais se familiarizam com o filho, identificando-o como um indivíduo e reconhecendo-o como um membro da família. Como tal, para desenvolver e reforçar este processo de vinculação, foi promovido o envolvimento entre mãe, pai e filho através de intervenções como: perguntar ao pai se queria proceder ao corte do cordão umbilical depois da sua clampagem; colocar o recém-nascido, logo após o seu nascimento, em cima do abdómen da mãe para promover o contacto pele a pele e colocar o recém-nascido no colo do pai, incentivando o pai a ficar junto da mãe, para interagirem os três, enquanto a mãe era sujeita à prática da episiorrafia e/ou perineorrafia. Esta última intervenção tinha um duplo objetivo, reforçar o processo de vinculação e aliviar o desconforto da puérpera, por estar a ser submetida à prática da episiorrafia e/ou perineorrafia.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2012) preconiza o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade. Sabemos que em Portugal as instituições de saúde estão a fazer um grande esforço no sentido de implementar medidas que promovam e apoiem o Aleitamento Materno (AM). Neste sentido, ao desenvolver um estágio numa instituição que apoia e promove o AM, como é preconizado pela OMS foram desenvolvidas intervenções de enfermagem nesse sentido, isto é, foi promovido o AM no pós-parto imediato. Logo após o processo de dequitação, terminada a correção de episiotomia e/ou lacerações vaginais e/ou perineais e prestados os cuidados de higiene perineal, o RN era colocado à mama explicando e demonstrando à mãe e pai a técnica de amamentação e as

vantagens do colostro, ou seja, o leite materno produzido nos primeiros dias após o parto, tendo ele as seguintes características: espesso; cor amarela; rico em proteínas; rico em anticorpos e leucócitos que protegem contra a infecção; efeito laxante, ajudando a eliminar o mecônio - previne a icterícia pela eliminação da bilirrubina; ajuda na maturação intestinal; previne alergias e ajuda a estabilizar os níveis de glicose (ASSOCIATION, INTERNATIONAL LACTATION CONSULTANT, 2011).

Duas horas pós-parto eutócico ou distócico por ventosa sem complicações, ou seja, com estabilidade hemodinâmica (tensão arterial sistólica entre os valores 90mmHg a 140mmHg; tensão arterial diastólica entre 40mmHg a 90mmHg; frequência cardíaca entre 60 a 100 bpm) da puérpera, com globo de segurança de Pinard bem formado, com hemorragia vaginal escassa a moderada e após a puérpera se alimentar, assim como o RN com boa resposta motora e reflexa, após ter sido amamentado com reflexos de sucção e deglutição presentes, ambos, puérpera e RN eram transferidos e transportados para o Serviço de Puerpério.

2.3.3 Aquisição E Desenvolvimento De Competências No Âmbito Do Pós-Parto

O período pós-parto ou pós-natal, ou adotando o conceito de puerpério, define-se como o período de seis semanas após o parto, no qual ocorre uma regressão das alterações anatômicas e fisiológicas inerentes à gravidez (GRAÇA, L.M.,2010).

A competência de cuidar da mulher inserida na família durante o período pós-natal, também é atribuída ao EEESMO (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010). Por esse motivo, seguidamente, serão expostas as intervenções de enfermagem desenvolvidas junto da puérpera, RN e pai ou conviventes significativos, durante o período de internamento no Serviço de Puerpério do Centro Hospitalar São João, EPE. Normalmente, o período de internamento da puérpera e do RN é de 48 horas, nos casos de parto eutócico e de parto distócico por ventosa, por sua vez, nos casos de parto distócico por cesariana é de 72 horas.

Inicialmente, durante a admissão da puérpera e RN no serviço de puerpério, era estabelecida uma relação empática com a puérpera; confirmada a identidade da mesma e do RN através da confirmação do nome existente na pulseira de identificação colocada no antebraço do RN; avaliada a coloração da pele e mucosas da puérpera e RN; avaliada a

postura, estado de alerta e choro do RN (em repouso, a postura normal do RN é em flexão global, o pescoço é curto e o abdómen proeminente (LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E., 2008)); era confirmado o sexo do RN; verificada a correta clampagem do cordão umbilical; colocada uma pulseira eletrônica de segurança num dos membros inferiores do RN (explicado à puérpera que constituía um dispositivo de segurança e que a aproximação do RN da porta de saída do serviço, iria disparar um alarme sonoro); verificada fralda do RN para averiguar presença de micção e/ou dejeção; confirmada a hora da última mamada do RN; efetuada palpação uterina para verificar contração uterina; avaliada perda hemática vaginal; avaliada presença de dor; avaliado penso cirúrgico nos casos de parto por cesariana; fornecido à puérpera pensos higiênicos e fraldas para o RN, assim como material de leitura sobre a amamentação; apresentadas as instalações físicas e colocada a campainha ao alcance da puérpera para chamar, nomeadamente quando necessita-se de se levantar para se dirigir à casa de banho (o primeiro levante era sempre efetuado com a presença de enfermeiro, para avaliar a reação da puérpera ao levante e evitar queda por síncope, tal como recomenda Leveno [et al.] (2005)).

Campos, Montenegro e Rodrigues (2008) afirmam que, os casos de partos vaginais em grávidas sem patologia estão associados a um baixo risco de complicações. No entanto, há necessidade de vigilância e de administração ocasional de medicação. Esta vigilância na puérpera, no sentido do diagnóstico precoce e prevenção de complicações, centrava-se na avaliação dos sinais vitais (temperatura, frequência cardíaca e tensão arterial); avaliação da presença de dor; vigilância da eliminação urinária e eliminação intestinal; vigilância da perda hemática vaginal, da capacidade de prestar cuidados ao RN, da amamentação, do estado emocional, da coloração da pele e mucosas, das mamas, do estado de contração e involução uterina, das características dos lóquios (cor, quantidade, cheiro e composição), do períneo, do ânus (presença de hemorroides) e dos membros inferiores.

A avaliação dos sinais vitais era realizada no mínimo duas vezes por dia em puérperas sem patologias conhecidas (HTA, Diabetes Mellitus). O aumento da temperatura corporal podia traduzir o início de uma infeção e/ou um quadro de ingurgitamento mamário (FREITAS, F. [et al.], 2011).

A presença de dor, habitualmente associada ao local da episiorrafia ou a cólicas (definidas como contrações uterinas fisiológicas que são mais intensas durante a amamentação, uma vez que a sucção do RN provoca a libertação de ocitocina) era minimizada com a administração de medicação prescrita em SOS e nos casos de episiorrafia

era aplicado gelo na região perineal, nomeadamente nas primeiras horas pós-parto para aliviar a dor e o edema. A zona perineal era inspecionada com o intuito de detetar possíveis hematomas, infeções (rara, ocorre em 0,1% dos casos, aumentando para 1 a 2% nas lacerações de 3º e 4º grau) e deiscências. Na avaliação da ferida operatória nos casos de cesariana, inspecionava-se a presença de seroma, hematoma e infeção (incidência de infeção em ferida operatória após cesariana é de 3% a 15%) (FREITAS, F. [et al.], 2011; LEVENO, K. J. [et al.], 2005).

A gravidez está associada a um aumento apreciável de água a nível extracelular e o aumento da diurese após o parto significa a reversão deste processo. A distensão vesical aumentada, o esvaziamento vesical incompleto e a urina residual excessiva propiciam condições ótimas para a presença de infeção urinária. Por este motivo, a puérpera era incentivada a urinar e esvaziar a bexiga frequentemente. O padrão de eliminação intestinal restabelecer-se-á 2 a 3 semanas após o parto, é recomendada uma dieta rica em fibras e água. (LEVENO, K. J. [et al.], 2005).

A involução uterina era vigiada, diariamente, por palpação abdominal - palpação do fundo uterino após ter sido solicitado à puérpera o esvaziamento da bexiga, uma vez que a bexiga distendida em excesso pode ser palpada como uma massa cística suprapúbica, que eleva o fundo uterino acima da cicatriz umbilical, impedindo o útero de se contrair firmemente, contribuindo assim para uma hemorragia pós-parto. Com dois dias pós-parto o fundo uterino diminui de consistência e é palpado na cicatriz umbilical; após duas semanas o fundo uterino é palpado na cavidade pélvica. A presença de sinais de subinvolução uterina e aumento de dor podem estar associados a um quadro de endometriose, principalmente se associados a febre (FREITAS, F. [et al.], 2011; LEVENO, K. J. [et al.], 2005).

Os lóquios são constituídos pela decídua externa remanescente do endométrio uterino, que sofre necrose e é eliminada. Os lóquios podem ser classificados em *Lochia rubra* (sangue vivo que é eliminado nos primeiros dias após o parto); *Lochia serosa* (depois de 3 a 4 dias após o parto, a eliminação fica descorada) e *Lochia alba* (por volta do 10º dia após o parto, a eliminação fica esbranquiçada). A presença de lóquios abundantes e fétidos associados a subinvolução uterina, pode traduzir um quadro de retenção de restos placentários ou infeção pélvica (FREITAS, F. [et al.], 2011).

Os membros inferiores da puérpera eram examinados, diariamente, com o intuito de avaliar a presença de edema ou dores, principalmente se unilaterais que sugerem comprometimento venoso por flebotromboses ou tromboflebites, uma vez que no pós-

parto há uma diminuição da mobilidade associada a um aumento da concentração da protrombina. Por esse motivo, era promovida a deambulação precoce com a execução do 1º levante (avaliação de tensão arterial e frequência cardíaca, levante gradual para avaliar a presença de tonturas, mal-estar) e avaliação da capacidade de deambulação (FREITAS, F. [et al.], 2011; CAMPOS, D. A.; MONTENEGRO, N.; RODRIGUES, T., 2008; LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E., 2008).

Relativamente ao RN, era vigiada a alternância entre períodos de atividade (acordado, alerta, desperto) e choro e de períodos de calma (relaxado, a dormir), assim como a presença de reflexos de rotação (procura da mama), sucção e deglutição (LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E., 2008). Uma avaliação física diária era realizada, nomeadamente, quando eram prestados os cuidados de higiene. Durante a observação do RN, era tido em conta que durante os primeiros dias de vida a temperatura do RN é instável, respondendo a pequenos estímulos com flutuações consideráveis acima e abaixo do nível normal (FREITAS, F. [et al.], 2011).

Na vigilância da eliminação intestinal e vesical do RN, era tido em consideração que nos primeiros 2 ou 3 dias após o nascimento, os conteúdos do cólon são compostos por mecónio mole, verde-amarronzado, o qual contém células epiteliais descamadas do trato intestinal, células da epiderme e lanugo que foram engolidas junto com líquido amniótico. Esta eliminação de mecónio é observada em 90% dos recém-nascidos dentro das primeiras horas e, na maioria dos restantes dentro de 36 horas. A micção ocorre, em geral, logo após o nascimento, mas pode não ocorrer até ao segundo dia de vida. Quando a micção e dejeção não ocorre após estes períodos, pode significar a presença de defeitos congénitos, tais como ânus: imperfurado ou estenose uretral. O mecónio é substituído por fezes homogéneas, levemente amareladas, com um odor característico após o terceiro ou quarto dia de vida (FREITAS, F. [et al.], 2011).

Além desta vigilância a puérpera também foi informada, orientada e apoiada no autocuidado. Assim, foi fornecida informação acerca de temas como: cuidados de higiene, nomeadamente da região perineal para evitar infeções na área génito-urinária; massagens uterinas para manter um bom tônus uterino; alívio do desconforto nos casos de episiorrafia e/ou perineorrafia, através da posição de decúbito lateral ou usando uma almofada quando se senta e/ou aplicação de gelo; repouso, decúbito lateral para amamentar, para diminuir a fadiga; deambulação, esta promove a recuperação mais rápida da vitalidade; eliminação vesical, importância de esvaziar a bexiga com frequência (como já foi referido); eliminação

intestinal, ingestão adequada de fibras e líquidos para evitar a obstipação (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008).

O ensino e orientação acerca de assuntos como: crescimento, desenvolvimento e sinais e sintomas de alarme no RN; sexualidade e contraceção no período pós-parto; promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e promoção e apoio à adaptação pós-parto, também constituíram uma prioridade da prestação de cuidados. O conhecimento sobre o crescimento e desenvolvimento do RN é importante, no sentido em que, ajuda os pais a formarem expectativas realistas sobre o que o RN pode efetuar. Neste sentido, torna-se importante o conhecimento acerca do ganho ponderal, crescimento, motricidade grosseira (por exemplo, não tem controlo da cabeça), motricidade fina (reflexo de preensão forte), sensorial (por exemplo, fica em silêncio quando ouve uma voz), vocalização (chora para manifestar desagrado) e socialização e cognição (olha intencionalmente para o rosto dos pais, quando eles falam com ele) (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008). Assim como, é importante, os pais possuírem conhecimentos acerca dos sinais e sintomas de alerta no RN tais como: febre; hipotermia; alimentação insuficiente ou perda de interesse pela alimentação; vômitos; diarreia; diminuição dos movimentos intestinais; diminuição do débito urinário; dificuldade respiratória, cianose; sonolência, dificuldade em despertar; choro inconsolável; exsudado ensanguentado ou purulento do cordão umbilical e/ou desenvolvimento de secreções oculares (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008).

Relativamente à sexualidade, segundo Graça (2010), após 2 ou 3 semanas as relações sexuais podem ser reiniciadas, desde que não provoquem desconforto ou dor, assim como a contraceção deve ser aconselhada antes da alta. Assim, era aconselhado à puérpera para recorrer ao Centro de Saúde, para uma consulta de planeamento familiar antes de iniciar atividade sexual. Na consulta de planeamento familiar, o casal tem possibilidade de escolher qual o método contracetivo mais adequado às suas necessidades e expectativas. A Direção Geral da Saúde (2008) apresenta as diretivas da OMS (2007), nas quais o início da contraceção (imediatamente após o parto, 4 semanas ou 6 semanas após o parto) depende do método escolhido (amenorreia lactacional, preservativo, contracetivos hormonais combinados, DIU, diafragma) e se a mulher está ou não a amamentar em exclusivo. O aleitamento materno é classificado pela OMS como exclusivo, quando a criança não recebe outro líquido ou alimento, nem mesmo água, recebe somente leite materno (DGS, 2008). A amenorreia lactacional, como método contracetivo (eficácia de 1 a 2 gravidezes em 100 mulheres/ano), requer a presença destes três requisitos: amenorreia da mulher;

amamentação exclusiva, ou quase exclusiva (apenas uma refeição semanal poderá não ser de origem materna), com mamadas diurnas e noturnas e o intervalo entre as mamadas não deve ser superior a 6 horas e a criança deve ter menos de 6 meses de idade (DGS, 2008).

A Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas foi aprovada, em conjunto, pela OMS e a UNICEF, em 2002. Esta publicação renovou o empenho destas organizações no desenvolvimento de esforços conjuntos, incluindo a Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno e a Declaração de Innocenti sobre a Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno (ASSOCIATION, INTERNATIONAL LACTATION CONSULTANT (AIRC), 2011).

A UNICEF e a OMS elaboraram assim, os dez passos para o sucesso do aleitamento materno, com o intuito de libertar os hospitais da dependência dos substitutos do leite materno e incentivar os serviços de maternidade a apoiarem o aleitamento materno. Estes dez passos incluem: informar as grávidas sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno; ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto; mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas dos seus filhos; não dar a recém-nascidos nenhum alimento ou bebida além do leite materno, exceto se indicação médica; praticar o alojamento conjunto, em que as mães e os bebés permanecem juntos 24h por dia; encorajar o aleitamento materno em livre demanda; não dar bicos artificiais nem chupetas a bebés amamentados; incentivar a formação de grupos de apoio ao aleitamento materno, para os quais as mães devem ser encaminhadas, logo após terem recebido alta do hospital ou da clínica (AIRC, 2011). Neste sentido, tendo em conta estes dez passos, foram concebidas, planeadas, implementadas e avaliadas intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno ou seja, intervenções tais como: explicar os benefícios do aleitamento materno à puérpera; instruir e treinar com a puérpera a técnica de amamentação (posicionamento confortável da puérpera, posição do RN, pega eficaz, reflexo de sucção e deglutição presentes); transmitir a ideia de que é normal a puérpera sentir dificuldades e sugerir que não desista de amamentar, na primeira dificuldade sentida. Era também informada de que quando tivesse dificuldades, se dirigisse ao cantinho da amamentação situado nas consultas externas do Centro Hospitalar São João, EPE, onde estão presentes enfermeiras que a poderiam ajudar, ou então, que se dirigisse ao centro de saúde.

Assim, foi feito ensino à puérpera acerca dos cuidados a ter com os mamilos, como por exemplo, no final de cada mamada, espalhar colostro na aréola e deixar secar. Quando a

puérpera apresentava queixas de mamas tensas com dor, após a mamada e o RN encontrava-se tranquilo, era instruído e treinado o esvaziamento artificial manual ou com bomba manual/elétrica (CAMPOS, D. A.; MONTENEGRO, N.; RODRIGUES, T., 2008). Também foi instruída e treinada a técnica de mamada simultânea, com uma puérpera que tinha recém-nascidos gêmeos. Este tipo de mamada apresenta várias vantagens tais como: poupa tempo; facilita o desenvolvimento de uma rotina; aumenta teoricamente a produção de leite; a amamentação eficaz de um lactente pode estimular uma melhoria na amamentação de outro lactente, através da ativação do reflexo de ejeção do leite. A posição utilizada foi a posição de bola de futebol americano, com o auxílio de almofadas. Também foi aconselhada a mudança de posição de amamentação com frequência para evitar o ingurgitamento mamário, assim como o bloqueio dos ductos mamários. (AILC, 2011).

Nos casos de separação física da puérpera e do RN, em que o RN estava internado na Neonatologia (por prematuridade, por patologias como: coartação da aorta, síndrome de dificuldade respiratória), a puérpera era encorajada e orientada a iniciar a extração precoce do leite para estimular a lactação. Pois, como nos diz Saraiva (2010), a estimulação das mamas, antes das 48h pós-parto, parece ser essencial para a manutenção da produção láctea adequada, nas semanas seguintes.

Este tipo de intervenção era feito em colaboração com a equipa de Enfermagem do Serviço de Neonatologia, que de acordo com a evolução clínica do RN, ia dando informações acerca da necessidade de extração manual de leite materno para posterior administração; ou se, era necessária apenas a estimulação da lactação; ou se, o RN estava apto a mamar diretamente na mama, e neste caso, providenciava-se o transporte da puérpera até ao serviço de Neonatologia, onde esta poderia amamentar.

As capacidades de aconselhamento e as técnicas de comunicação eficazes, por parte dos profissionais de saúde, são ferramentas essenciais na promoção do aleitamento materno. O uso destas capacidades permite às mães obter o apoio e os ensinamentos que as ajudarão a ganhar confiança nos seus cuidados maternos e no aleitamento materno. As novas mães e mulheres que estão a amamentar pela primeira vez são vulneráveis a mensagens e opiniões que comprometem a sua autoconfiança (AILC, 2011). Neste sentido, a intervenção de enfermagem baseou-se em dar informação, complementada com uma postura e expressão que permitisse à puérpera sentir que havia interesse nela, ajudando-a a expressar-se verbalmente, ou seja, com recurso a competências de ouvir e aprender. Estas competências

correspondem a: usar respostas e gestos que demonstrem interesse; devolver com as nossas (profissionais de saúde) palavras o que a puérpera diz; mostrar empatia; evitar juízos de valor; manter a cabeça ao mesmo nível; prestar atenção; remover barreiras; dedicar tempo; tocar, entre outras (FREITAS, [et al.], 2011).

Como já vimos, o período pós-parto caracteriza-se por uma regressão das alterações anatómicas e fisiológicas próprias da gravidez. Camarneiro (2007) refere que, há uma readaptação biofisiológica, paralelamente a uma readaptação psicológica, ao nível da imagem do corpo e dos papéis relacionais familiares. Ou seja, estamos perante um período crítico do ciclo de vida da mulher, que irá influenciar a sua relação com o filho, a família e a sociedade.

Graça (2010) adiciona que, o puerpério é um período de particular suscetibilidade psiquiátrica. Em que, cerca de 40% a 80% das puérperas são afetadas pelo pospartum blues, que designa uma situação transitória caracterizada por alterações de humor, irritabilidade, labilidade emocional, ansiedade, insónia, diminuição da concentração e choro (O' Hara [et al.], 1991). Neste sentido torna-se necessário intervir a nível da promoção e apoio à adaptação pós-parto.

Graça (2010) sugere que, o aumento dos períodos de descanso da puérpera, o reforço do suporte familiar e o esclarecimento da puérpera acerca da frequência e transitoriedade do pospartum blues, seja suficiente para resolver esta situação. Sendo assim, a puérpera e convivente significativo foram alertados para a probabilidade do aparecimento de alterações de humor, irritabilidade e choro no período pós-parto e que, regra geral, estas alterações são passageiras. Torna-se, também necessário que, a puérpera tenha apoio emocional por parte da família, no cuidar do RN e nas tarefas domésticas diárias, para que ela tenha períodos de descanso.

Relativamente ao cuidar do RN, foi instruído e treinado com a puérpera e pai ou convivente significativo, os cuidados de higiene ao RN; o tipo de roupas a utilizar e a forma de o vestir; os cuidados ao coto umbilical; a prevenção de acidentes como por exemplo, a queda; técnicas para acalmar o RN, como por exemplo, envolvê-lo e aconchegá-lo com um cobertor e posições para a eructação, assim como, era feito o ensino acerca da necessidade da realização do teste de diagnóstico precoce, do cumprimento do plano de vacinação e dos sinais e sintomas de alarme, já falados anteriormente. Eram esclarecidas todas as dúvidas colocadas pela puérpera e pai ou convivente significativo. É de notar que, a maioria dos pais tinha uma grande preocupação em assimilar a informação dada e muitas vezes,

encontravam-se ansiosos, por isso foi necessário acalmá-los e promover a sua autoconfiança e autoestima. Todas estas intervenções permitiram a promoção do processo de transição e adaptação à parentalidade.

A parentalidade é um processo maturativo que leva a uma reestruturação psicoafetiva permitindo a dois adultos de se tornarem pais, isto é, de responder às necessidades físicas, afetivas e psíquicas do seu filho, que numa perspetiva antropológica designa laços de aliança e filiação (LEAL, 2005). A parentalidade pode descrever-se como um processo de incorporação e transição de papéis que começa durante a gravidez e que termina quando o pai/mãe desenvolvem um sentimento de conforto e confiança no desempenho dos respetivos papéis (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008). À luz da teoria das transições, pode-se considerar que a transição para a parentalidade é uma transição múltipla, ou seja, temos presente uma transição desenvolvimental por estar implícita a parentalidade e uma transição situacional porque estamos perante a adição de um membro da família por nascimento, que leva a uma redefinição dos papéis em que a pessoa está envolvida (MELEIS, 2007). Estas duas transições estão relacionadas entre si, porque é o nascimento do RN (filho) que leva a que a mulher e o homem se tornem pais. O processo de vinculação está implícito nesta transição múltipla. Tendo como base os conceitos apresentados e a teoria das transições, é importante avaliar a percepção, conhecimento e reconhecimento da experiência de transição para a parentalidade, por parte dos pais; determinar o grau de envolvimento no processo de aprendizagem, inerente à transição; ter em conta o significado que o casal atribui ao facto de se terem tornado pais; considerar as crenças e atitudes do casal, o estatuto socio-económico e saber se o casal se sente preparado. Neste prisma, a intervenção de enfermagem desenrolou-se no sentido de promover o processo de vinculação na tríade mãe/pai/RN; mostrar disponibilidade para expressão de dúvidas, sentimentos, medos por parte dos pais; promover a autoconfiança dos pais nos cuidados ao RN; avaliar o grau de envolvimento e de aprendizagem, nesta nova etapa das suas vidas.

Relativamente ao tratamento de complicações pós-nascimento no RN, foi possível a cooperação com outros profissionais de saúde, nomeadamente pediatras, no tratamento do RN com o diagnóstico de icterícia neonatal. A icterícia no RN define-se como a coloração amarela da pele e das mucosas por deposição de bilirrubina, o que se verifica quando esta excede 5mg/dl no sangue. (SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA, 2004). Esta hiperbilirrubinemia deve-se a fatores tais como: massa eritrocitária elevada, curta semivida dos eritrócitos fetais e imaturidade hepática. Os recém-nascidos tendem a reabsorver a

bilirrubina a nível do intestino delgado (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008). Como tal, para a avaliação dos valores de bilirrubina, foi executada a colheita de sangue capilar. No que diz respeito ao tratamento, muitas vezes, procedia-se à fototerapia em Bilibed, que consiste num sistema de fototerapia que utiliza apenas um tubo fluorescente de luz azul. A bilirrubina absorve os fotões de energia, dando-se uma reação fotoquímica e como resultado temos isómeros solúveis (SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA, 2004). Foram feitos ensinamentos à puérpera acerca da utilização do bilibed, tal como, era explicado o motivo do tratamento e a eficácia deste, numa tentativa de diminuir a ansiedade.

O período de internamento (2 a 3 dias) não é suficiente para acompanhar a mulher durante todo o período pós-natal. Por isso, a mulher ou casal eram informados e orientados sobre os recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às suas necessidades e do RN, ou seja, eram orientados para o Centro de Saúde, para a continuidade dos cuidados iniciados a nível hospitalar, assim como para a consulta externa do hospital, onde existe um cantinho da amamentação, no qual poderiam esclarecer qualquer dúvida acerca do aleitamento materno.

Através da carta de alta, que era fornecida à puérpera no momento da alta clínica, era feita a articulação dos cuidados prestados a nível hospitalar e dos que eram necessários prestar a nível de centro de saúde / consulta externa. Nesta carta constavam os diagnósticos e as intervenções de enfermagem efetuadas durante o internamento e a avaliação das mesmas. Durante o estágio, foi possível elaborar e entregar à puérpera, a carta de alta de enfermagem.

No entanto, pelo que se observou, as necessidades continuam a ser superiores à capacidade de resposta dos profissionais de saúde. Isto porque, um considerável número de puérperas recorria ao Serviço de Urgência de Obstetrícia / Ginecologia, com queixas de ingurgitamento mamário e tinham tido alta do serviço de puerpério há cerca de um ou dois dias, ou seja, ainda há muito trabalho a fazer nesta área.

3. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO SEGUNDO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO: ESFORÇOS EXPULSIVOS DA PARTURIENTE - UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Uma revisão integrativa da literatura acerca da intervenção do enfermeiro durante o segundo período do trabalho de parto, nomeadamente no que diz respeito aos esforços expulsivos da parturiente, será apresentada de seguida.

3.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O trabalho de parto (TP) é definido como o *conjunto de fenómenos fisiológicos que, uma vez postos em marcha conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior* (GRAÇA, L. M., 2010, p. 320).

Clinicamente considera-se que, o TP se inicia quando se instalam contrações uterinas dolorosas, ao mesmo tempo que se dá a extinção e dilatação do colo uterino (GRAÇA, L.M., 2010).

A OMS (WHO, 2007) esquematiza o processo do TP em períodos e fases. Desta forma, temos o primeiro e o segundo período do TP, em que o primeiro período divide-se em fase latente e fase ativa e o segundo período divide-se em fase inicial (não expulsiva) e em fase avançada (expulsiva). Na fase latente, o colo uterino apresenta-se dilatado em menos de 4

cm e na fase ativa, o colo uterino está dilatado entre 4 a 10 cm; a dilatação cervical progride, em pelo menos 1cm/h; a extinção cervical está, geralmente, completa e inicia-se a descida da apresentação fetal através do canal de parto. No segundo período do TP, na fase inicial (não expulsiva), a dilatação cervical está completa (10 cm); a descida da apresentação fetal continua e a mulher não sente necessidade de realizar esforços expulsivos. Por último, na fase avançada (expulsiva), a apresentação fetal atinge o pavimento pélvico e a mulher sente necessidade de realizar esforços expulsivos; regra geral, tem a duração de menos de 1 hora na primípara e menos de 30 minutos na multípara.

No âmbito do Estágio: Gravidez, Trabalho de Parto e Pós-Parto foram prestados cuidados de enfermagem especializados à parturiente, durante o primeiro, segundo, terceiro e quarto período do TP, tal como já foi referido anteriormente, e constatou-se durante o segundo período do trabalho de parto (SPTP) a existência de dificuldades, por parte das parturientes, em realizar esforços expulsivos eficazes para a expulsão do feto. Perante este cenário várias questões emergiram, tais como: O que nos diz a literatura sobre os esforços expulsivos da parturiente? Qual a melhor forma de gerir este período do TP, relativamente aos esforços expulsivos? Qual a técnica de orientação do puxo materno, a ser utilizada no SPTP? Neste sentido, sentiu-se a necessidade de explorar e aprofundar este tema, de forma a dar resposta a estas questões.

Num primeiro ponto, há que compreender melhor o que define e caracteriza o SPTP. Como já foi definido, anteriormente, o SPTP caracteriza-se pela dilatação cervical completa, pela continuação da descida da apresentação fetal através da bacia materna (apresentação a nível das espinhas isquiáticas (encravamento), tomando como referência os planos de Hodge, encontra-se no terceiro (III) plano e progride para o quarto (IV) plano de Hodge (partindo da ponta do cóccix) (FREITAS, F. [et al.], 2011)) e pela necessidade da mulher em realizar esforços expulsivos, na fase avançada ou fase expulsiva (WHO, 2007), ou seja, compreende todo o período de tempo que vai desde a dilatação cervical completa até ao nascimento do RN ou do último RN, nos casos de gravidez múltipla (FIGO, 2012).

Durante este período inicia-se a atividade involuntária dos músculos do pavimento pélvico em sincronia com as contrações uterinas, de forma a que o feto seja expulso através do colo uterino totalmente dilatado e do canal de parto. Simultaneamente, considerando a apresentação cefálica, a cabeça e a postura fetal vão sofrer uma série de alterações, de

forma a que o feto possa descer através do canal de parto e seja expulso para o exterior. Este mecanismo que permite a descida fetal, pode falhar ou ocorrer mais lentamente, se os músculos uterinos e/ou pélvicos não estiverem a contrair eficazmente. A contração voluntária da parede abdominal e dos músculos pélvicos pela parturiente, neste ponto, contribuirá para a eficácia da expulsão fetal (MIDDLETON, C., 2006).

O encravamento, a descida, a flexão, a rotação interna, a extensão, a rotação externa e a expulsão definem uma série de alterações que a cabeça e a postural fetal sofrem ao longo do SPTP, nos casos de partos em apresentação cefálica. O encravamento designa a passagem do maior diâmetro transverso da apresentação fetal (diâmetro biparietal nas apresentações de vértice) através do estreito superior da bacia materna (GRAÇA, L. M., 2010). O estreito superior é limitado posteriormente pelo promontório e pelas asas do sacro, lateralmente pelas linhas íleo-pectíneas e anteriormente pelos ramos horizontais dos ossos púbicos e pela sínfise púbica. Na apresentação de vértice, a pequena fontanela ou occiput é o ponto de referência obstétrico, estando localizado em situação longitudinal e em apresentação cefálica (GRAÇA, L. M., 2010). No movimento de flexão, o mento fetal aproxima-se da face anterior do tórax, de forma a tornar-se o menor diâmetro possível à passagem no canal de parto, isto é, o diâmetro suboccipito-bregmático, que mede cerca de 9,5 cm. Posteriormente, quando o polo cefálico fetal fletido atinge o plano da vulva, inicia-se um movimento contrário, no qual a base do occiput fica em contato direto com o bordo inferior da sínfise púbica. O polo cefálico fetal é exteriorizado por extensão progressiva, isto é, occiput, bregma, fronte, nariz, boca e mento passam pela margem anterior do períneo. Após esta exteriorização, o polo cefálico restitui a sua atitude (postura fetal no final da gravidez, em forma ovoide, que se adapta à configuração da cavidade uterina) anterior à rotação interna, isto é, se o occiput estava numa posição esquerda, roda novamente no sentido da tuberosidade isquiática esquerda; se estava numa posição direita, roda novamente no sentido da tuberosidade isquiática direita. A esta restituição dá-se o nome de rotação externa. Após a rotação externa, o ombro anterior aparece sob a sínfise púbica e o ombro posterior distende o períneo posterior. Dá-se a saída dos ombros e o resto do corpo fetal é rapidamente expulso (GRAÇA, L. M., 2010).

Os esforços expulsivos voluntários podem ser realizados pela parturiente de duas formas: puxo com a manobra de Valsalva (MV) ou puxo com a glote fechada e o puxo espontâneo (PE) ou puxo com a glote aberta (FAME/APEO, 2009; LOWDERMILK, D.; PERRY, S. 2008). Nos puxos com manobra de Valsalva, a parturiente posiciona-se segurando os

joelhos em direção ao tórax e mantendo os cotovelos estendidos, é aconselhada a inspirar uma grande quantidade de ar, a manter o ar no pulmão e a puxar com a boca fechada. Pode repetir esta ação três a quatro vezes, sem emitir nenhum ruído (FAME/APEO, 2009). Este tipo de puxo implica a realização de esforços expulsivos com a respiração sustida, a glote fechada e a contração dos músculos abdominais, o que estimula o sistema nervoso parassimpático produzindo um reflexo vagal, com diminuição da pressão arterial e da frequência cardíaca materna. Consequentemente pode diminuir o fluxo sanguíneo placentário, alterar a oxigenação materna e fetal, diminuir o pH e a pressão parcial de oxigênio (PO₂) no feto, bem como aumentar a pressão parcial de dióxido de carbono (PCO₂), contribuindo para uma provável hipoxemia fetal, refletindo-se assim numa alteração dos padrões de FCF (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008). No puxo espontâneo, a parturiente puxa livremente, com a glote aberta, quando sente esse impulso. Normalmente são desencadeados três a cinco puxos expiratórios curtos, de quatro a seis segundos em cada contração uterina (FAME / APEO, 2009). Este impulso é explicado pela pressão exercida pela apresentação fetal nos recetores elásticos da face posterior da vagina, que estimula a produção de ocitocina endógena, desencadeando o reflexo de Ferguson, ou seja a necessidade de “fazer força” (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008).

Martin (2009) concluiu, com base na sua revisão da literatura, que o MV provoca um aumento no sofrimento fetal, no sofrimento materno e predispõe a maior trauma perineal. Por isso, há autores que recomendam que, a parturiente deve ser encorajada a puxar livremente, com a glote aberta, quando sente impulso para o fazer, ou seja, o profissional de saúde deve promover o puxo espontâneo durante o SPTP (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008; FAME / APEO, 2009).

Segundo a FIGO (2012), o SPTP apresenta complicações potenciais tais como: hipoxemia (descida da pressão parcial de O₂ no sangue arterial) e acidemia respiratória (descida do pH sanguíneo por diminuição da excreção placentária de CO₂ e consequente acumulação de iões Hidrogénio (H⁺)) que podem levar a asfixia fetal intra-parto; anomalias na rotação e descida da apresentação fetal, levando a TP prolongado ou paragem da progressão do TP; agravamento ou aparecimento de HTA materna, podendo levar a um quadro de eclâmpsia e em mulheres com patologia cardíaca prévia ou anemia severa, existe o risco de quadro de insuficiência cardíaca aguda, devido às exigências adicionais provocadas pelos esforços expulsivos. Sendo assim, durante o SPTP os profissionais de saúde (EEESMO, Obstetra) devem:

- Providenciar continuamente informação e apoio psicológico à mulher e seu acompanhante.
- Encorajar os esforços expulsivos, quando a mulher sentir vontade de realizá-los e na posição preferida pela mulher, exceto a posição em decúbito dorsal, devido aos riscos de compressão a nível da aorta e da veia cava, com redução da perfusão uteroplacentária.
- Avaliar FCF, frequentemente (de 5 em 5 minutos), entre as contrações, para detetar a bradicardia fetal.
- Avaliar a tensão arterial materna e o pulso materno, especialmente se existir patologia prévia de HTA, anemia severa ou patologia cardíaca.
- Avaliar a descida e rotação progressiva da apresentação fetal, assim como a distensão do períneo e o início da visualização da apresentação fetal, nomeadamente quando o TP progride mais lentamente.
- Proteger o períneo, de forma a evitar lacerações e recorrer ao uso da episiotomia, só em caso de laceração iminente.
- Administrar perfusão endovenosa de ocitocina, durante o SPTP, para aumentar o número de contrações uterinas, nos casos em que as contrações uterinas se tornam menos frequentes e a FCF está dentro do padrão normal, de forma a evitar partos vaginais instrumentados.
- Estar preparado para a realização de um parto vaginal instrumentado (ventosa ou fórceps), em casos de bradicardia fetal ou não progressão da apresentação fetal.

Após serem expostos alguns dos principais aspetos que definem e caracterizam o SPTP, pode-se, agora, explorar mais aprofundadamente a temática, esforços expulsivos da parturiente. Para compreender melhor este fenómeno optou-se por realizar uma revisão integrativa da literatura, uma vez que, esta constitui a mais ampla abordagem metodológica, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais, a combinação de dados da literatura teórica e empírica, de forma a compreender completamente o fenómeno analisado, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências e análise de problemas metodológicos de um tópico particular (WHITTEMORE & KNAFL cit. por SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO R., 2010).

3.2 METODOLOGIA

Como já foi mencionado, recorreu-se à realização de uma revisão integrativa da literatura, uma vez que esta permite a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO R., 2010), o que torna esta metodologia ideal, já que as questões exploradas, tiveram origem no contexto da prática (Estágio: Gravidez, Trabalho de parto e Pós-parto).

O processo de elaboração da revisão integrativa compreende seis fases: elaboração da pergunta norteadora; pesquisa ou amostragem na literatura; colheita de dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa (SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO R., 2010).

Desta forma, foi elaborada uma pergunta norteadora, recorrendo ao esquema de referência PICO (População, Intervenção, Comparação da intervenção e Outcome/resultados) elaborado por Sackett [et al.] (1997) citado por Craig e Smyth (2004). Esquematizando, a população foi constituída por primíparas ou múltiparas, com gravidez considerada de baixo risco, idade gestacional compreendida entre 37 e 42 semanas, com início espontâneo do TP ou TP induzido por rotura prematura de membranas ou por gravidez pós-termo, peso fetal estimado entre 2500g a 4000g e previsão de parto cefálico com apresentação fetal de vértice. O recurso à administração de analgesia epidural durante o TP foi considerado critério de exclusão para a constituição da população em estudo, porque este tipo de analgesia pode reduzir o tônus muscular do pavimento pélvico e diminuir a intensidade da força de contração dos músculos abdominais, afetando adversamente os esforços expulsivos voluntários da parturiente. Este facto depende do grau de bloqueio motor produzido pela analgesia epidural e, nos casos em que a parturiente apresenta perda sensorial total, o reflexo de Ferguson não estará presente, o que pode aumentar o intervalo entre a dilatação completa e o nascimento (PEACH, 2000 cit. por MIDDLETON, C., 2006). Uma meta-análise conduzida por Clarke [et al.] (1998), Gambling [et al.] (1990) e Halpern [et al.] (1998) citada por Middleton (2006) revelou que a

utilização da analgesia epidural resulta num discreto aumento da duração do TP. Um aumento de 45 minutos no primeiro período do TP e 15 minutos no SPTP. No entanto, não há evidência que este atraso esteja associado a riscos para o feto, ou seja, pelo grau de influência que a analgesia epidural pode ter no decurso do SPTP, os estudos que incluíam parturientes, a quem foi administrada analgesia epidural durante o TP, foram excluídos.

Relembrando o esquema PICO (Sackett [et al.], 1997, citado por Craig e Smyth, 2004), constituíram a intervenção e a comparação da intervenção, a comparação entre a utilização das técnicas de orientação do puxo materno, puxo com manobra de Valsalva (MV) e puxo espontâneo (PE).

Por último, pretendeu-se como outcome/resultados, saber quais as repercussões da técnica do MV e da técnica do PE, em relação aos danos perineais maternos e/ou recurso à episiotomia; ao valor do Índice de Apgar no 1º e 5º minuto do RN, assim como à determinação do equilíbrio ácido-base do cordão umbilical (determinação do valor do pH, PCO2 e PO2 da artéria umbilical).

Reunindo todos estes dados, a questão em estudo foi a seguinte: Durante a fase expulsiva do SPTP (dilatação completa, com a apresentação fetal ao nível das espinhas isquiáticas e com a parturiente a sentir necessidade de puxar) qual a técnica de orientação do puxo materno que os profissionais devem incentivar, o puxo com manobra de Valsalva ou o puxo espontâneo?

Elaborada a pergunta norteadora, passou-se ao passo seguinte, a pesquisa na literatura. Esta pesquisa foi conduzida através da plataforma EBSCO host, com acesso às bases de dados eletrónicas: CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Cochrane Database of Systematic Reviews, MedicLatina e Academic Search Complete, no período compreendido entre o ano 2000 e o ano 2013.

Com base na pergunta formulada, criou-se uma lista de descritores e em seguida, procedeu-se à sua junção através dos conceitos AND e OR, em que AND combina palavras, para que ambas possam aparecer num artigo. E OR possibilita a seleção de uma ou outra das palavras especificadas contidas numa lista, de forma que ambas, uma e outra das palavras especificadas, possam aparecer num artigo. A lista de palavras foi apresentada nos idiomas de inglês, espanhol e português para cada componente constituinte da pergunta formulada, ou seja, para os componentes, população; intervenções; comparação (mesmo que as intervenções) e resultados (CRAIG, J. V.; SMYTH, R. L., 2004).

Para a população criou-se os seguintes descritores: second stage of labour; second stage of labor; segundo período do trabalho de parto; fase expulsiva del parto; período expulsivo; fase expulsiva; expulsive phase of labour; expulsive phase of labor; giving birth; childbirth; birthing; delivery; deliver; trabajo de parto e parto. Para as intervenções: Active pushing; push; bearing-down efforts; pushing method(s); directed pushing; spontaneous pushing; coached maternal pushing; uncoached maternal pushing; pushing techniques; valsalva maneuver; manobra de vasalva; manobra de valsalva; purple pushing; valsalva pushing; puxo espontâneo; puxo dirigido e puxo. Para os resultados: maternal outcomes; neonatal outcomes; maternal complications; neonatal complications; newborn complications; Apgar score; umbilical artery pH; umbilical vein pH; fetal hypoxia; fetal distress; fetal acidemia; resultados maternos; resultados fetais; perineal outcomes; urodynamic factors; effects; positive effects; negative effects; repercussões maternas; repercussões fetais; efeitos positivos; efeitos negativos; trauma perineal; incontinência urinária; índice de Apgar; pH arterial umbilical; pH venoso umbilical; hipoxia fetal; acidemia fetal e sofrimento fetal

Para a ligação de cada descritor das componentes população, intervenções e resultados, foi colocado o conceito OR. E para estabelecer uma ligação entre as três componentes da questão colocou-se o conceito AND. Esta junção de palavras é necessária para se obter a combinação das componentes necessárias para a questão formulada. (CRAIG, J. V.; SMYTH, R. L, 2004)

Deste modo, foram encontrados 126 artigos, dos quais 8 foram automaticamente removidos dos resultados pelo sistema informático, por serem duplicatas exatas. Destes 118 artigos, 90 foram excluídos pelo título não se adequar ao tema em estudo. Foram então selecionados 28 potenciais artigos para dar resposta à pergunta formulada. O abstract destes artigos foi lido, e assim, excluídos 7 artigos porque se encontravam em duplicado; 11 por os dados constantes no resumo não se adequarem especificamente à pergunta formulada e 4 porque não constituíam revisões sistemáticas (com ou sem meta-análise), ensaios aleatórios ou estudos de coorte. Esta última exclusão justifica-se pelo facto de que, *quando se procura evidência sobre a eficácia de intervenções, as revisões sistemáticas de ensaios aleatórios controlados conduzidos de forma adequada, ou de um ensaio aleatório controlado conduzido adequadamente, proporciona a mais poderosa forma de evidência* (CRAIG, J. V.; SMYTH, R. L, 2004, p.92-93). E como o objetivo desta revisão integrativa é saber qual a técnica de orientação do puxo materno (intervenção), a técnica do MV ou do PE, se deve utilizar na fase expulsiva do SPTP, este tipo de

metodologia é a que mais se adequa à questão formulada. Em suma, foram selecionados os seguintes estudos para análise: 2 revisões sistemáticas da literatura, 1 das quais com meta-análise, 2 estudos randomizados controlados, 1 estudo quase-experimental e 1 estudo de coorte. As revisões sistemáticas representam nível de evidência I, o topo da pirâmide da hierarquia da evidência para questões sobre a eficácia de uma intervenção, os ensaios aleatórios representam nível de evidência II e os estudos de coorte representam nível de evidência III (CRAIG, J. V.; SMYTH, R. L, 2004).

Após a pesquisa na literatura, o passo seguinte compreendeu a colheita de dados, para tal, foi elaborado um instrumento de colheita de dados, que inclui a proveniência do artigo; o título; os autores; o local onde se desenvolveu o estudo; a metodologia (desenho do estudo, objetivo, amostra, análise, resultados); o periódico em que foi publicado; as implicações para a prática clínica e o nível de evidência. Este instrumento encontra-se ilustrado de seguida (Tabela 1).

Precedência	Título do Artigo	Autores Local	Caraterísticas Metodológicas do estudo	Periódico (Vol., nº, págs., ano)	Implicações	Nível de Evidência
MEDLINE With Full Text	Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: a systematic review of randomized trials	Prins M.; Boxem J.; Lucas C.; Hutton E. Amesterdão, Holanda	<p>Desenho do estudo: Revisão sistemática da literatura com meta-análise, que inclui três estudos randomizados controlados, com uma amostra total de 425 nulíparas.</p> <p>Objetivo: Avaliar criticamente os benefícios e os danos para a mulher e o feto, relativamente ao uso do puxo com manobra de Valsalva versus uso do puxo espontâneo durante o SPTP.</p> <p>Análise: A análise estatística dos estudos encontrados foi realizada através do Review Manager Software. Foram comparados os efeitos nas mulheres que eram instruídas a realizar o puxo com manobra de Valsalva e nas mulheres que realizavam o puxo espontâneo. Os seguintes efeitos foram avaliados na mulher: instrumentalização do parto; duração do TP; danos perineais; função vesical; satisfação da mulher. Os efeitos avaliados no RN: Índice de Apgar < 7 aos 5 minutos; pH arterial umbilical <7.2; admissão na unidade de cuidados intensivos de Neonatologia; morbilidade neonatal severa e morte perinatal.</p> <p>Resultados: Não houve diferença significativa no nº de partos instrumentados, nos danos perineais, hemorragia pós-parto, Índice de Apgar, pH arterial umbilical e na morbilidade/mortalidade neonatal. O TP é mais curto com a utilização do puxo dirigido. Num dos estudos, fatores urodinâmicos avaliados três meses pós-parto foram afetados negativamente pelo puxo com manobra de Valsalva, ocorrência de urgência urinária e capacidade vesical diminuída.</p>	BJOG (118, pp. 662 - 670, 2011)	Não existe evidência que suporte o uso rotineiro do puxo com manobra de Valsalva durante o SPTP. De acordo com um dos estudos, o puxo dirigido teve efeitos negativos sobre fatores urodinâmicos. Com este tipo de puxo a duração do SPTP é mais curta, mas a relevância clínica deste facto é incerta. Os autores definem como a melhor prática, a promoção do puxo espontâneo e o incentivo à escolha por parte da mulher, do seu próprio método de puxo durante o SPTP.	Nível I

Tabela Nº1. Características dos artigos analisados que comparam o incentivo do puxo espontâneo e o incentivo do puxo com manobra de Valsalva durante o SPTP.

Precedência	Título do Artigo	Autores Local	Caraterísticas Metodológicas do estudo	Periódico (Vol., nº, págs., ano)	Implicações	Nível de Evidência
CINAHL	Just take a deep breath...a review to compare the effects of spontaneous versus directed Valsalva pushing in the second stage of labour on maternal and fetal wellbeing.	Bosomworth, A.; Bettany-Saltikov, J.	<p>Desenho do estudo: Revisão sistemática</p> <p>Objetivo: Comparar os efeitos do puxo dirigido com manobra de Valsalva e o puxo espontâneo em termos de duração do SPTP; tipo de parto; trauma perineal; valor de índice de Apgar; pH arterial do cordão umbilical e frequência cardíaca fetal.</p> <p>Amostra: Dez estudos (três estudos randomizados controlados, cinco estudos não randomizados controlados, uma análise retrospectiva e um estudo controlado usando a replicação intra-sujeito), que incluíram primíparas ou multíparas, com idade gestacional entre 37 e 42 semanas, gestação de um único feto em apresentação cefálica, sem complicações obstétricas e/ou patologias do foro médico, sem administração de analgesia epidural durante o TP.</p> <p>Análise: Avaliada a qualidade metodológica de cada estudo e analisados os resultados, obtidos através da comparação entre o puxo com manobra de Valsalva e o puxo espontâneo, em relação à duração do SPTP, tipo de parto, trauma perineal e bem-estar fetal/neonatal (Índice de Apgar, pH arterial do cordão umbilical e frequência cardíaca fetal).</p> <p>Resultados: Não foram encontrados benefícios ou riscos significativos no uso do puxo com manobra de Valsalva, relativos à duração do SPTP, tipo de parto, valor de Índice de Apgar e pH arterial do cordão umbilical. O achado mais significativo desta revisão foi o seguinte, o puxo com manobra de Valsalva está associado a danos perineais mais frequentes e mais severos do que o puxo espontâneo. Dada a fraca qualidade metodológica dos estudos, os resultados são inconclusivos.</p>	MIDIRS Midwifery Digest (Vol.16, nº2, 157-165, 2006)	Para mulheres sem administração de analgesia epidural durante o TP, que têm o reflexo de Ferguson presente, o puxo com manobra de Valsalva não deve ser encorajado. Há necessidade de estudos com alta qualidade metodológica. Enquanto estes não estão disponíveis, as parteiras devem encorajar as mulheres a seguir o seu instinto durante o SPTP.	Nível I

Tabela 1. Continuação

Precedência	Título do Artigo	Autores Local	Caraterísticas Metodológicas do estudo	Periódico (Vol., nº, págs., ano)	Implicações	Nível de Evidência
Academic Search Complete	A randomized controlled trial comparing the physiological and directed pushing on the duration of the second stage of labor, the mode of delivery and Apgar score.	Jahdi, Freshteh; Shahnazari, Maryam; Kashanian, Maryam; Farahani, Mansoureh A.; Haghani, Hamid. Irão	<p>Desenho do estudo: Estudo randomizado controlado.</p> <p>Objetivo: Comparar o efeito do puxo espontâneo e do puxo dirigido no SPTP, relativamente à duração do SPTP, ao tipo de parto e ao Índice de Apgar.</p> <p>Amostra: Mulheres com idades compreendidas entre os 18 e os 40 anos; com gravidez de baixo risco; com idade gestacional entre 37 e 42 semanas; gestação única de feto vivo com peso estimado entre 2500 a 4000g; apresentação de vértice; índice de paridade entre 1 e 5; início espontâneo do TP ou TP induzido por rutura prematura de membranas ou por gravidez pós-termo, em que se previa um parto por via vaginal. Critérios de exclusão: mulheres que não aceitaram participarem no estudo; complicações por patologias maternas ou obstétricas que poderiam afetar o SPTP; mulheres com recém-nascidos com malformações congénitas ou suspeita de sofrimento fetal. Os critérios de inclusão foram cumpridos por 191 mulheres, das quais 100 constituíram o grupo de intervenção, no qual o SPTP foi orientado segundo a técnica do puxo espontâneo. As restantes 91 mulheres constituíram o grupo de controlo, no qual o SPTP foi orientado segundo a técnica do puxo dirigido.</p> <p>Análise: A duração do SPTP, o tipo de parto e os valores de índice de Apgar foram comparados entre os dois grupos. A análise estatística foi realizada através do SPSS (Statistical Package for the Social Sciences software). O Teste t, o qui-quadrado e o teste exato de Fisher foram usados para comparar os resultados e o nível de significância foi fixado em 0,05.</p> <p>Resultados: A duração média do SPTP foi menor no grupo experimental comparativamente com o grupo controlo. No grupo experimental (puxo espontâneo), os valores de Índice de Apgar no 1º minuto não foram inferiores ou iguais a 7 e no 5º minuto todos os recém-nascidos apresentaram 9 ou 10 de Índice de Apgar. Em contraste 2 recém-nascidos (3,2%) que constituíam o grupo de controlo tiveram valor de Índice de Apgar no 1º minuto inferior a 7 e um recém-nascido teve valor de Índice de Apgar no 5º minuto inferior ou igual a 8.</p>	International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health (Vol. 3, nº2, págs. 159-165 2011)	O puxo fisiológico não está associado a resultados adversos demonstrados. O puxo espontâneo diminui significativamente a duração do SPTP. O que torna esta técnica, um método seguro durante o SPTP, sem nenhum prejuízo para a mãe e/ou o recém-nascido.	Nível II

Tabela 1. Continuação

Precedência	Título do Artigo	Autores Local	Caraterísticas Metodológicas do estudo	Periódico (Vol., nº, págs., ano)	Implicações	Nível de Evidência
MEDLINE With Full Text.	Effects of Pushing Techniques in Birth on Mother and Fetus: A Randomized Study.	Yildirim, Gulay; Beji, Nezike K. Istambul, Turquia.	<p>Desenho do estudo: Estudo Randomizado</p> <p>Objetivo: Determinar os efeitos na mulher e no feto, das duas formas de puxo, o puxo com manobra de Valsalva e o puxo espontâneo. Assim como, estabelecer se o uso do puxo espontâneo diminui o trauma perineal e o nº de intervenções durante o parto e se aumenta a satisfação da mulher e o bem-estar do recém-nascido, quando comparado com o uso do puxo com Manobra de Valsalva.</p> <p>Amostra: Constituída por 100 mulheres nulíparas com gravidez de baixo risco, a partir da qual foi feita uma seleção randômica em dois grupos: grupo representante do puxo espontâneo e o grupo representante do puxo com manobra de Valsalva. As participantes no estudo não receberam analgesia epidural.</p> <p>Análise: O grupo representante do puxo espontâneo foi instruído sobre a técnica do puxo espontâneo durante o 1º período do TP, utilizando esta técnica no SPTP. O mesmo sucedeu com o grupo representante do puxo com manobra de Valsalva, que foi instruído da técnica do puxo com manobra de Valsalva durante o 1º período do TP e utilizou esta no SPTP. Posteriormente, as lacerações perineais, a hemorragia pós-parto e os níveis de hemoglobina foram avaliados na mulher. Assim como, os valores de pH arterial umbilical, PO2 e PCO2 e os índices de Apgar foram avaliados nos recém-nascidos ao 1º e 5º minuto, em ambos os grupos.</p> <p>Resultados: A duração do SPTP no grupo representante do puxo com manobra de Valsalva foi significativamente maior. Não houve diferença significativa na incidência de episiotomia, lacerações perineais e hemorragia pós-parto, nos dois grupos. Os valores de Índice de Apgar e pH arterial umbilical foram mais elevados nos recém-nascidos do grupo representante do puxo espontâneo. Embora os valores de Índice de Apgar no 1º minuto tenham sido mais elevados no grupo do puxo espontâneo, no 5º minuto, não houveram diferenças significativas entre os grupos. Não houve diferenças significativas entre a PCO2 e a PO2 arterial umbilical, entre os dois grupos. As mulheres que utilizaram o puxo espontâneo referiram maior satisfação com a experiência do parto.</p>	Journal compilation, Blackwell Publishing, Inc., vol.35 nº1, pp. 25-30, 2008	Os autores sugerem que se deve ensinar a técnica do puxo espontâneo às mulheres durante o 1º período do TP. E que se deve promover o uso do puxo espontâneo durante o SPTP, pois esta técnica contribui para um SPTP mais curto com menor nº de intervenções e com melhores resultados a nível do bem-estar do recém-nascido. As mulheres referem menos problemas, maior satisfação e realizam esforços expulsivos mais eficazes, quando utilizam a técnica do puxo espontâneo comparativamente com o puxo com Manobra de Valsalva.	Nível II

Tabela 1. Continuação

Precedência	Título do Artigo	Autores Local	Caraterísticas Metodológicas do estudo	Periódico (Vol., nº, págs., ano)	Implicações	Nível de Evidência
MEDLINE With Full Text.	Effects of a pushing intervention on pain, fatigue and birthing experiences among Taiwanese women during the second stage of labour.	Chang, Su-Chuan; Chou, Min-Min; Lin, Kuan-Chia; Lin, Lie-Chu; Lin, Yu-Lan; Kuo, Su-Chen. China	<p>Desenho do estudo: Estudo quase-experimental</p> <p>Objetivo: Avaliar a dor sentida pela parturiente durante o TP, a fadiga, a duração do SPTP, a experiência do parto e os valores de índice de Apgar no recém-nascido, quando a parturiente é encorajada a puxar espontaneamente em posição vertical, durante o SPTP.</p> <p>Amostra: Sessenta e seis primíparas com idade igual ou superior a 18 anos, com idade gestacional compreendida entre 38-42 semanas, gestação de feto único em apresentação cefálica, sem complicações obstétricas e/ou patologias do foro médico e capacidade de falar, ler e escrever em chinês. Critério de exclusão: cesariana como tipo de parto. Trinta e três constituíram o grupo experimental e as restantes 33, o grupo de controlo. Durante o SPTP, o grupo experimental era incentivado a puxar espontaneamente numa posição vertical. O grupo de controlo era instruído a puxar com manobra de Valsalva e em posição supina.</p> <p>Análise: A colheita de dados foi realizada através do uso da Escala Visual Analógica de Dor, da Escala Modificada de Sintomas de Fadiga e do questionário acerca da experiência da realização de esforços expulsivos durante o SPTP. Na análise dos dados foi utilizado o test t, o qui-quadrado, o teste U de Mann-Whitney e o teste de Kolmogorov-Smirnov. Os cálculos estatísticos foram realizados com recurso ao SPSS.</p> <p>Resultados: O grupo experimental apresentou menor índice de dor, menor fadiga pós-parto, uma duração mais curta do SPTP e experiências de parto mais positivas comparativamente com o grupo de controlo. Não houve diferenças significativas em termos de valores de índice de Apgar, no RN, ao 1º e 5º minuto.</p>	Midwifery (Vol. 27, pp. 825-831, 2011)	O uso do puxo espontâneo e da posição vertical durante o SPTP devem ser mais divulgados na china. Assim como, com o intuito de permitir que as mulheres entendam os benefícios das diferentes técnicas de realizar esforços expulsivos e das diferentes posturas a adotar durante o SPTP, as parteiras devem fornecer esta informação durante a preparação para o parto.	Nível III

Tabela 1. Continuação

Precedência	Título do Artigo	Autores	Caraterísticas Metodológicas do estudo	Periódico (Vol., nº, págs., ano)	Implicações	Nível de Evidência
MEDLINE With Full Text.	The Valsalva maneuver duration during labor expulsive stage: repercussions on the maternal and neonatal birth condition.	Lemos, Andrea; Dean, Elizabeth; Andrade, Armèle D. Brasil	<p>Desenho do estudo: Estudo de coorte</p> <p>Objetivo: Avaliar os efeitos da Manobra de Valsalva (MV) e a sua duração no equilíbrio ácido-base fetal e nas repercussões maternas (necessidade de usar a manobra de pressão do fundo uterino, episiotomia, trauma perineal e postura durante o parto) durante o SPTP, após instrução respiratória padronizada.</p> <p>Amostra: Uma amostra de conveniência constituída por 33 mulheres, com os seguintes critérios de inclusão: grávidas primíparas e multíparas, com idades entre os 18 e os 35 anos, com idade gestacional entre 37 e 41 semanas, admitidas no hospital durante o 1º estágio do TP e gravidez de baixo risco. Os critérios adicionais incluíam apresentação fetal cefálica, membranas intactas no início do TP e gestação única de feto vivo. Os obstetras não conheciam o objetivo do estudo. Critérios de exclusão: compressão do cordão umbilical, uso de fórceps e administração de analgesia durante o TP.</p> <p>Análise: Durante o SPTP, as mulheres participantes foram instruídas a realizar esforços expulsivos em cada contração uterina, ao mesmo tempo que inspiravam profundamente e sustinham a respiração durante o maior período de tempo possível, usando a MV. A duração de cada MV era registada através de um cronómetro, assim como era registado o nº de MVs. Durante cada MV era avaliada a saturação de oxigénio e o pulso materno. Após o nascimento foi colhido sangue da artéria e veia umbilical e procedido à análise do pH, PCO2 e excesso de base. No pós-parto foram registados os seguintes dados: necessidade da realização da manobra de pressão no fundo uterino, necessidade da realização de uma episiotomia e o grau de trauma perineal (1º, 2º, 3º e 4º). Também foram avaliados os índices de Apgar no 1º e 5º minuto dos recém-nascidos. Os dados colhidos foram analisados por meio do teste exato de Fisher, teste qui-quadrado e Coeficiente de Correlação de Pearson.</p> <p>Resultados: A necessidade da realização da manobra de pressão no fundo uterino, a necessidade da realização de uma episiotomia e o grau de trauma perineal não foram associados com a duração da MV. O aumento da duração da MV foi associado com a redução do pH venoso umbilical e excesso de base e com o excesso de base arterial. O tempo do período expulsivo do parto foi negativamente associado com o pH venoso e arterial.</p>	Revista Brasileira de Fisioterapia (Vol.15 nº1, págs.66-72, 2011)	A duração da MV durante o SPTP interfere negativamente no equilíbrio ácido-base fetal e potencialmente no bem-estar do recém-nascido. Esses resultados fornecem suporte para a necessidade dos profissionais de saúde considerarem estratégias de orientações respiratórias para o puxo durante o TP para minimizar potenciais riscos para a mulher e recém-nascido.	Nível III

Tabela 1. Continuação

3.3 DISCUSSÃO

Tal como já foi mencionado, a pergunta norteadora desta revisão integrativa é a seguinte: Durante a fase expulsiva do SPTP, qual a técnica de orientação do puxo materno que se deve incentivar, o puxo com manobra de Valsalva ou o puxo espontâneo? Neste sentido, averiguou-se as repercussões da utilização da técnica do MV e do PE para a parturiente, nomeadamente o trauma perineal (lacerações perineais e/ou episiotomia) e no RN, nomeadamente o valor de Índice de Apgar ao 1º e 5º minuto e a determinação do equilíbrio ácido-base do cordão umbilical.

Repercussões para a parturiente

Trauma Perineal

O trauma perineal é definido como qualquer dano nos órgãos genitais que ocorre durante o parto, de forma espontânea, ou de forma intencional, através de uma incisão cirúrgica (episiotomia). O trauma perineal anterior inclui a lesão dos pequenos e grandes lábios, parede anterior da vagina, uretra ou clítoris e normalmente está associado a baixa morbilidade. O trauma perineal posterior define-se como qualquer lesão na parede posterior da vagina, músculos perineais ou esfíncteres anais (FERNANDO [et al.], 2007 cit. por KETTLE, C.; TOHILL, S., 2007). As lacerações perineais espontâneas são classificadas como, primeiro grau, quando envolvem apenas a pele; segundo grau, quando envolvem a pele e os músculos perineais; terceiro grau, quando envolvem o complexo do esfíncter anal (classificado como 3a, quando menos de 50% do esfíncter anal externo é lacerado; 3b, quando mais de 50% do esfíncter anal externo é lacerado; 3c quando o esfíncter anal interno e externo é lacerado) e quarto grau, quando as lacerações envolvem o complexo do

esfíncter anal e o epitélio anal (FERNANDO [et al.], 2007 cit. por KETTLE, C.; TOHILL, S., 2007).

Durante o parto vaginal, mais de 85% das mulheres sofrem algum tipo de trauma perineal (MCCANDLISH [et al.], 1998 cit. por KETTLE, C.; TOHILL, S., 2007). O trauma perineal afeta o bem-estar das mulheres a nível físico, psicológico e social, no pós-parto imediato, assim como a longo prazo. Podem surgir complicações como: dor, dispareunia, incontinência fecal e problemas urinários, dependendo do grau de trauma e da eficácia do tratamento (KETTLE, C.; TOHILL, S., 2007), assim como, hemorragia (formação de hematomas perineais), infecção, deiscência da sutura e reconstrução anatômica não satisfatória (GRAÇA, L. M., 2010). Considerando todas estas complicações que podem surgir devido ao trauma perineal, torna-se de extrema importância, saber qual a técnica que provoca menor trauma perineal, a orientação para o MV ou para o PE.

O estudo de Jahdi [et al.] (2011) e o estudo de Chang [et al.] (2011) não avaliou o trauma perineal, ao comparar as repercussões do PE e do MV na mulher. Na revisão sistemática de Prins [et al.] (2011) e no estudo de Yildirim e Beji (2008), com nível de evidência (NE) II, não houve diferença significativa, em termos de uso de episiotomia e ocorrência de lacerações perineais, entre o grupo de mulheres que realizou o puxo de forma espontânea e o grupo de mulheres que foi instruído a realizar o puxo com manobra de Valsalva. O estudo de Lemos, Dean e Andrade (2011), com NE III, acrescenta que a realização de uma episiotomia e o grau de trauma perineal não estão associados com a duração da manobra de Valsalva. Na revisão sistemática de Bosomworth e Bettany-Saltikov (2006), o puxo com manobra de Valsalva está associado a danos perineais mais frequentes e mais severos do que o puxo espontâneo. No entanto, os autores referem que os resultados encontrados provêm de estudos com fraca qualidade metodológica. Em suma, não existe evidência que o puxo espontâneo ou o puxo com manobra de Valsalva represente menor número de complicações a nível perineal (lacerações/episiotomia) para a mulher. Na maior parte dos estudos analisados, não houve diferença significativa em termos de trauma perineal nas mulheres que realizaram os esforços expulsivos de forma espontânea e nas mulheres que realizaram esforços expulsivos com manobra de Valsalva.

Repercussões no Recém-nascido

Avaliação do Índice de Apgar

O Índice de Apgar, largamente utilizado para avaliar a vitalidade do recém-nascido, varia entre os valores de zero e dez, com base na avaliação de cinco parâmetros objetivos: a frequência cardíaca (ausente: 0; menor que 100 batimentos/minuto: 1; maior que 100 batimentos/minuto: 2); a respiração (ausente: 0; fraca/irregular: 1; o forte/choro: 2); a irritabilidade reflexa (ausente: 0; algum movimento: 1; espirros/choro: 2); o tônus muscular (flácido: 0; a flexão de pernas e braços: 1; o movimento ativo/boa flexão: 2) e a cor (cianótico/pálido: 0; cianose de extremidades: 1; rosado: 2) (Apgar, 1953 cit. por KILSZTAJN, [et al.], 2007).

O Índice de Apgar permite uma rápida avaliação da necessidade de reanimação do RN, assim como é útil para descrever a sua transição para o ambiente extra-uterino. Esta avaliação é feita ao primeiro, ao quinto e ao décimo minuto após o nascimento (na revisão integrativa da literatura é apenas considerada a avaliação ao 1º e 5º minuto). O índice de zero a três indica sofrimento grave; o índice de quatro a seis revela dificuldade moderada e o índice de sete a dez é indicador que o recém-nascido não apresenta qualquer dificuldade de adaptação à vida extra-uterina (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008).

Prins [et al.] (2011), Bosomworth e Bettany-Saltikov (2006) e Chang [et al.] (2011) concluíram que não houve diferenças significativas nos valores de Índice de Apgar nos recém-nascidos representantes do grupo do puxo espontâneo e do grupo do puxo com manobra de Valsalva. Por sua vez, Jahdi [et al.] (2011) obtiveram como resultados para o grupo do puxo espontâneo (constituído por 100 mulheres), valores de Índice de Apgar no 1º minuto, não inferiores ou iguais a 7 e no 5º minuto todos os recém-nascidos apresentaram valores de 9 ou 10. Em contraste 2 recém-nascidos (3,2%) que constituíam o grupo do puxo com manobra de Valsalva (composto por 91 mulheres) tiveram valores de Índice de Apgar no 1º minuto inferior a 7 e um recém-nascido teve valor de Índice de Apgar no 5º minuto inferior ou igual a 8; Yildirim & Beji (2008) encontraram como resultados: valores de Índice de Apgar no 1º minuto, mais elevados no grupo representante do puxo espontâneo (amostra do estudo, 100 nulíparas), no entanto no 5º minuto, não foram

encontradas diferenças significativas entre o grupo representante do puxo espontâneo e o grupo representante do puxo com manobra de Valsalva. Em suma, pelos estudos de Jahdi [et al.] (2011) e Yildirim & Beji (2008), com NE II, existe uma tendência para os recém-nascidos, filhos de mulheres que realizaram esforços expulsivos de forma espontânea durante o SPTP, apresentarem valores de Índice de Apgar mais elevados, nomeadamente no 1º minuto. No entanto, não existe evidência de que o puxo com manobra de Valsalva represente maior número de complicações para os recém-nascidos.

Determinação do equilíbrio ácido-base do cordão umbilical

A determinação do equilíbrio ácido-base, através da análise do sangue do cordão umbilical (determinação do pH, PCO_2 e PO_2 da artéria umbilical), em conjunto com a avaliação do Índice de Apgar permite avaliar a condição do recém-nascido logo após o nascimento (LOWDERMILK, D.; PERRY, S., 2008). A amostra do sangue arterial é obtida através do cordão umbilical, duplamente clampado, imediatamente após o parto e antes da primeira respiração do recém-nascido. Esta determinação do pH e gases na artéria umbilical constitui um dos indicadores mais fiáveis para a determinação da existência de asfixia ao nascer – asfixia perinatal (ocorre como resultado de uma redução das trocas gasosas a nível uteroplacentário). A diminuição do fluxo sanguíneo placentário, a hipoxemia materna, a insuficiência placentária e a compressão do cordão umbilical constituem causas da redução das trocas a nível uteroplacentário, que levam a hipoxemia (descida da pressão parcial de O_2 no sangue arterial), hipercapnia (aumento da pressão parcial de CO_2), acidose metabólica (descida do pH sanguíneo pela acumulação de ácidos produzidos a nível intracelular, como o ácido láctico, produto do metabolismo anaeróbio) e, em casos mais graves, a compromisso do débito cardíaco do recém-nascido, constituindo assim, uma causa importante de mortalidade e morbilidade neurológica (GRAÇA, L. M., 2010).

A redução das trocas gasosas a nível placentário leva a um aumento da produção de ácido carbónico pelo feto, como resultado do metabolismo oxidativo de CO_2 que não é eliminado convenientemente através da placenta, levando a acidemia respiratória. A deficiência persistente das trocas placentárias provoca um aumento da produção dos ácidos orgânicos (ácido láctico e β -hidroxibutírico), devido ao processo de glicólise

anaeróbia, levando a acidemia metabólica. O aumento da produção de ácido carbônico associado ao aumento da produção dos ácidos orgânicos, pelo feto, leva a acidemia mista, respiratória e metabólica. A acidose respiratória, metabólica e, por último acidose tecidual, resulta do processo contínuo de deficiência da perfusão uteroplacentária. O pH do sangue fetal resulta da proporção do ácido carbônico, dos ácidos orgânicos e da quantidade de bicarbonato (principal tampão do sangue) (CUNNINGHAM, L.; BLOOM, H.; ROUSE, S., 2012). No entanto, o pH não oferece uma medida linear do acumular de ácido, mas o delta base, por sua vez, oferece uma medida mais linear do acumular de metabólitos ácidos (ARMSTRONG e STENSON, 2007 cit. por CUNNINGHAM, L.; BLOOM, H.; ROUSE, S., 2012). A diferença de base, ou delta base, é um valor calculado, que representa a alteração da capacidade de tamponamento do bicarbonato. Quando a concentração de bicarbonato diminui abaixo dos valores considerados normais, ocorre um déficit de base, e quando a concentração de bicarbonato aumenta acima dos valores considerados normais, ocorre um excesso de base. Com a acidose metabólica, há uma diminuição da concentração de bicarbonato, uma vez que este é utilizado como tampão para manter o pH dentro dos valores normais (CUNNINGHAM, L.; BLOOM, H.; ROUSE, S., 2012). O excesso de base representa, assim, um indicador mais fidedigno de hipoxia, uma vez que este não se altera significativamente com a acidose respiratória e a idade gestacional (BERG, 2005 e ROSS e GALA, 2002 cit. por PARVEEN, S., 2010). Ross e Gala (2002) cit. por Parveen (2010) referem que a asfixia fetal não ocorre, nos casos de valores de excesso de base superiores a 12 mmol/l.

A American Academy of Pediatrics e o American College of Obstetricians and Gynecologists (2003) definiram como um dos critérios para identificar um evento de hipoxia aguda durante o parto suficiente para causar paralisia cerebral, o seguinte: acidose metabólica detetada através da amostra de sangue arterial obtida do cordão umbilical, imediatamente após o parto, e definida como pH inferior a 7 e déficit de base superior ou igual a 12mmol/L (THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2006).

Na revisão sistemática de Prins [et al.] (2011) e na revisão sistemática de Bosomworth e Bettany-Saltikov (2006) não houve diferença significativa em termos de pH arterial umbilical, entre os grupos representantes do puxo espontâneo e os grupos representantes do puxo com manobra de Valsalva. O estudo de Jahdi [et al.] (2011) e o estudo de Chang [et al.] (2011) não avaliou o pH arterial umbilical e/ou o excesso ou déficit de base arterial. No

estudo de Yildirim e Beji (2008), os recém-nascidos do grupo representante do puxo espontâneo obtiveram valores mais elevados de pH arterial umbilical, comparativamente com os recém-nascidos do grupo representante do puxo com manobra de Valsalva. No estudo de Lemos, Dean e Andrade (2011), o aumento da duração da manobra de Valsalva (nomeadamente duração superior a 6 segundos) foi associado a uma redução do pH venoso umbilical e do excesso de base do sangue venoso umbilical, assim como está relacionado com o excesso de base arterial umbilical. Em suma, embora em dois estudos apresentados, o estudo de Yildirim e Beji (2008), com NE II e o estudo de Lemos, Dean e Andrade (2011), com NE III, o uso do puxo com manobra de Valsalva esteja negativamente associado ao pH arterial umbilical e ao excesso de base (indicadores de ocorrência de hipoxia fetal), não existe evidência de que o uso do puxo espontâneo ou o uso do puxo com manobra de Valsalva, durante o SPTP, represente maior número de complicações para o recém-nascido. Além disso, a diferença de base (excesso ou déficit) é considerado um indicador mais fidedigno de hipoxia fetal, do que o pH arterial umbilical, e este indicador apenas foi avaliado no estudo de Lemos, Dean e Andrade (2011), com uma amostra reduzida de participantes.

3.4 CONCLUSÕES DA REVISÃO INTEGRATIVA

A técnica de orientação do puxo materno, puxo com manobra de Valsalva, foi associada na revisão sistemática de Bosomworth e Bettany-Saltikov (2006), a danos perineais mais frequentes e mais severos; nos estudos de Jahdi [et al.] (2011) e Yildirim & Beji (2008), com NE II, foi associada a valores de Índice de Apgar mais baixos, nomeadamente no 1º minuto; no estudo de Yildirim e Beji (2008), foi negativamente associada ao pH arterial umbilical e no estudo de Lemos, Dean e Andrade (2011), com NE III, foi negativamente associada ao pH arterial umbilical e ao excesso de base (indicadores de ocorrência de hipoxia fetal). Por sua vez, a técnica de orientação do puxo materno, puxo espontâneo, não foi associada a nenhuma repercussão negativa, quer para a parturiente, quer para o RN, quando comparada à técnica do MV. Perante estes resultados, a técnica de orientação do puxo

materno, PE, quando comparada com a técnica do MV, constitui a técnica de eleição, a ser utilizada na fase expulsiva do SPTP.

Durante a fase expulsiva do SPTP, as parturientes primíparas ou multíparas, com gravidez considerada de baixo risco, com idade gestacional compreendida entre 37 e 42 semanas, com início espontâneo do TP ou TP induzido por rotura prematura de membranas ou por gravidez pós-termo, com fetos de peso estimado entre 2500g a 4000g, com previsão de parto cefálico com apresentação fetal de vértice e sem recurso à administração de analgesia epidural durante o TP, devem ser orientadas pelos profissionais de saúde a puxar espontaneamente, ou seja, a usar a técnica do puxo espontâneo. A parturiente deve ser incentivada a puxar livremente, com a glote aberta, quando sente necessidade de “fazer força” (reflexo de Ferguson).

Também se conclui que, a população de parturientes encontrada no Estágio: Gravidez, Trabalho de parto e Pós-parto, era, maioritariamente, constituída por parturientes sujeitas a administração de analgesia epidural, por isso, é crucial investigar os efeitos da administração de analgesia epidural às parturientes na fase expulsiva do SPTP, nomeadamente os efeitos sobre o reflexo de Ferguson. Uma vez que, o uso da técnica do PE pressupõe que a parturiente puxe, quando sente o impulso de “fazer força” e, segundo Peach (2000) citado por Middleton (2006) dependente do grau de bloqueio motor produzido pela analgesia epidural, o reflexo de Ferguson pode não estar presente. E, posteriormente torna-se pertinente comparar os efeitos tanto maternos como fetais, quando é utilizada a técnica de orientação do puxo materno, MV ou PE, tendo em conta o fator administração de analgesia epidural.

4. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO DE APRENDIZAGEM

O processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESMO, descrito anteriormente, teve como base o regulamento de competências definido pela Ordem dos Enfermeiros (2010), assim como foi sustentado pela Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho (2005), transposta para o direito interno, Artigo n.º 37 do Decreto-lei n.º 16/2009 de 4 de Março, de forma a cumprir as condições requeridas para a obtenção do grau de mestre em enfermagem de saúde materna e obstetrícia.

A descrição das atividades desenvolvidas ao longo do Estágio: Gravidez, Trabalho de Parto e Pós-parto, presente neste relatório, torna evidente que foram adquiridas as competências comuns e específicas definidas pela Ordem dos Enfermeiros. O número de experiências ilustradas nas tabelas abaixo citadas, representa o cumprimento das orientações definidas pela Diretiva Comunitária. O Estágio: Vigilância da Gravidez e Preparação para a Parentalidade que decorreu no 1º Ano do MESMO, permitiu realizar consultas a grávidas e puérperas, estas experiências também se encontram registadas nas tabelas abaixo citadas.

Grávidas		Parturientes		Puérperas	
Normais	Risco	Normais	Risco	Normais	Risco
40	66	135	75	123	45

Tabela Nº 2 – Número de grávidas, parturientes e puérperas alvo de prestação de cuidados de enfermagem

PARTOS EXECUTADOS					PARTOS PARTICIPADOS
Sem episiotomia (Períneo Íntegro)	Com episiotomia	Laceração de 1º grau	Laceração de 2º grau	Nº total de partos	26
12	10	11	6	39	

Tabela Nº 3 – Número de partos executados e participados

RECÉM-NASCIDOS	
Normais	Risco
123	62

Tabela Nº 4 – Número de recém-nascidos alvo de cuidados de enfermagem

Sendo assim, o processo de aquisição de competências, nomeadamente, cuidar da mulher inserida na família durante a gravidez com complicações, TP e parto e no pós-parto, constituiu um processo complexo que permitiu o desenvolvimento a nível pessoal, profissional e social.

Em termos técnicos, do saber fazer, houve uma grande exigência de aprendizagem, pela existência de especificidades próprias da prestação de cuidados especializados tais como: o toque vaginal, a amniotomia, todas as técnicas envolvidas na execução de um parto eutócico, a episiotomia e a episiorrafia.

Na prestação de cuidados à grávida que vivenciou um processo patológico durante a gravidez ou uma situação de abortamento, considerou-se sempre a dimensão psicológica (apoio emocional), física (assistir nas atividades de vida diárias) e social (envolvimento com os conviventes significativos) porque a experiência que as mulheres têm em contexto hospitalar pode ser marcante e determinante para toda a sua vida.

Embora haja iniciativas para tornar o parto o mais natural possível, a realidade encontrada em contexto de estágio foi de um parto manipulado e instrumentado. Os métodos de alívio da dor são praticamente farmacológicos (analgesia epidural) e os métodos não farmacológicos estão pouco desenvolvidos. O facto da monitorização contínua com cardiotocógrafo implicar que as parturientes estejam deitadas no leito, não permitindo a deambulação, dificulta o desenvolvimento de métodos não farmacológicos. Algo que poderia revolucionar esta realidade, era a utilização das telemetrias. Assim, os

profissionais de saúde poderiam continuar a vigilância do TP e as parturientes poderiam deambular e adotar outras posições de conforto para alívio da dor.

A nível do período pós-parto, verificou-se que, este período acarreta um elevado índice de ansiedade por parte das puérperas, uma vez que implica o desenvolvimento de competências para cuidar do RN, o novo membro da família. Sendo assim, a prestação de cuidados desenvolveu-se no sentido de incutir nas puérperas confiança nelas próprias, pois não basta transmitir os conhecimentos acerca da amamentação ou higiene do RN, é necessário que as puérperas assimilem estes conhecimentos e se sintam seguras e confiantes em demonstrá-los, já que terão de se sentir capazes de o fazer no domicílio.

A prestação de cuidados de enfermagem especializados foi sempre baseada na evidência científica, respeitando as regras e os protocolos da instituição. A satisfação da grávida, parturiente e puérpera e seus conviventes significativos foi uma prioridade.

A realização de uma revisão integrativa, também constituiu uma inovação em termos de formação profissional. A sua realização foi bastante aliciante e tem como pretensão, contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem especializados à mulher, RN e conviventes significativos.

Em suma, as competências e objetivos definidos no projeto individual de estágio foram atingidos. O objetivo com maior dificuldade em ser alcançado foi a realização dos 40 partos eutócicos, isto porque, a taxa de natalidade tem diminuído significativamente; existe um número crescente de partos distócicos por ventosa; assim como um grande número de estudantes a realizar o estágio de natureza profissional para obtenção do grau de mestre em enfermagem de saúde materna e obstetrícia e médicos a realizar o internato de obstetrícia/ginecologia.

CONCLUSÃO

O presente relatório de estágio expõe o processo de aquisição de competências comuns e específicas do EEESMO, desenvolvido ao longo do Estágio – Gravidez, Trabalho de parto e Pós-parto. Este processo de aquisição de competências é explicitado, com recurso à descrição das principais atividades desenvolvidas ao longo do estágio, em paralelo com uma análise crítico-reflexiva do desenvolvimento destas atividades e, complementado com a apresentação de uma revisão integrativa, que teve como objetivo principal, eleger a técnica de orientação do puxo materno, o puxo com manobra de Valsalva ou o puxo espontâneo, a utilizar na fase expulsiva do SPTP.

As atividades descritas ao longo do relatório referem-se principalmente às competências comuns do EEESMO, relativas ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, ao domínio da melhoria contínua da qualidade, ao domínio da gestão de cuidados e ao domínio das aprendizagens profissionais; e às competências específicas do EEESMO, referentes ao cuidar da mulher, feto/RN e conviventes significativos no período pré-natal (mais especificamente no contexto de internamento hospitalar, por patologia materna e/ou fetal), durante o trabalho de parto e parto e no período pós-natal.

Com a revisão integrativa apresentada concluiu-se que, a técnica de orientação do puxo materno, puxo espontâneo, quando comparada com a técnica do puxo com manobra de Valsalva, constitui a técnica de eleição a ser utilizada na fase expulsiva do SPTP. Durante a fase expulsiva do SPTP, as parturientes primíparas ou multíparas, com gravidez considerada de baixo risco, com idade gestacional compreendida entre 37 e 42 semanas, com início espontâneo do TP ou TP induzido por rotura prematura de membranas ou por gravidez pós-termo, com fetos de peso estimado entre 2500g a 4000g, com previsão de parto cefálico

com apresentação fetal de vértice e sem recurso à administração de analgesia epidural durante o TP, devem ser orientadas pelos profissionais de saúde a puxar espontaneamente, ou seja, a usar a técnica do puxo espontâneo. A parturiente deve ser incentivada a puxar livremente, com a glote aberta, quando sente necessidade de “fazer força” (reflexo de Ferguson).

Após estes três anos de formação e aprendizagem pode-se concluir que, foram atingidas as competências e objetivos definidos no projeto individual de estágio, que permitem cuidar da mulher, feto/RN e conviventes significativos no período pré-natal, durante o TP e parto e no pós-parto. Este processo de aprendizagem contribuiu para a aquisição de competências do EEESMO e para a melhoria da prestação de cuidados.

BIBLIOGRAFIA

Association, International Lactation Consultant. 2011. *Manual Prático para Consultores de Lactação*. Loures : Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2011. 978-972-8930-59-2.

Brancato, Robyn M., Church, Sara e Stone, Patricia W. 2008. A Meta-Analysis of Passive Descent Versus Immediate Pushing in Nulliparous Women With Epidural Analgesia in the Second Stage of Labor. *JOGNN*. 2008, Vol. 37, pp. 4-12.

Camarneiro, Ana P. 2007. *Gravidez de Risco e Desenvolvimento do Bebê*. Coimbra : Formasau, Formação e Saúde, Lda, 2007. 978-972-8485-80-1.

Campos, Diogo A., Montenegro, Nuno e Rodrigues, Teresa. 2008. *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. Lisboa : Lidel - edições técnicas, lda, 2008. 978-972-757-467-4.

Conselho Internacional de Enfermeiras. 1999. *Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP)*. Lisboa : Associação Portuguesa de Enfermeiros, 1999. 972-98149-5-3.

Cooke, Hannah e Philpin. 2011. *Sociologia Em Enfermagem e Cuidados de Saúde*. Loures : Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2011. 978-972-8930-60-8.

Craig, Jean V. e Smyth, Rosalind L. 2004. *Prática Baseada na Evidência Manual Para Enfermeiros*. Loures : Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, 2004. 972-8383-61-4.

Cunningham, et al. 2012. *Obstetrícia de Williams*. 23ª. Porto Alegre : AMGH Editora Ltda, 2012.

Direcção Geral da Saúde. 2008. *Saúde Reprodutiva - Planeamento Familiar*. Lisboa : DGS, 2008. 978-972-675-182-3.

DIRECTIVA 2005/36/CE DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO. 2005. s.l. : Jornal Oficial da União Europeia, 2005.

Domenico, Edvane B. P. e Ide, Cilene A. C. 2005. Referências para o ensino de competências na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Julho - Agosto de 2005, pp. 453-457.

Federación de Asociaciones de Matronas de España / Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. 2009. *Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso*. Loures : Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2009. 978-972-8930-49-3.

Fernandes, Sérgio J. 2010. *Decisão Ética Em Enfermagem: Do Problema aos Fundamentos Para o Agir*. s.l. : Instituto de Ciências da Saúde, 2010.

Ferreira, Manuela e Dias, Maria O. 2005. *Ética e Profissão: Relacionamento Interpessoal em Enfermagem*. Loures : Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2005. 972-8930-04-6.

FIGO Safe Motherhood and Newborn Health Committee. 2012. FIGO Guidelines, Management of the second stage of labor. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2012, Vol. 119, pp. 111-116.

Freitas, Fernando, et al. 2011. *Rotinas em Obstetrícia*. Porto Alegre : Artmed Editora S.A., 2011. ISBN 978-85-363-2433-3.

Graça, Luís M. 2010. *Medicina Materno-Fetal*. Lisboa : Lidel - edições técnicas, Lda, 2010. 978-972-757-654-8.

Kettle, Chris e Tohill, Susan. 2008. Perineal care. *BMJ Clinical Evidence*. 2008, Vol. 9.

Kilsztajn, Samuel, et al. 2007. Vitalidade do recém-nascido por tipo de parto no Estado de São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. Nº8, Agosto de 2007, Vol. 23.

Leal, Isabel. 2005. *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa : Fim de Século - Edições, Sociedade Unipessoal, Lda, 2005. 972-754-235-2.

Leveno, Kenneth J., et al. 2005. *Manual de Obstetrícia de Williams*. 21ª. Porto Alegre : Artmed Editora S.A., 2005. ISBN 85-363-0430-8.

Lowdermilk, Deitra L. e Perry, Shannon E. 2008. *Enfermagem na Maternidade - 7ª edição*. Loures : Lusodidacta, 2008. 978-989-8075-16-1.

Martin, Caroline J. H. 2009. Effects of valsalva manoeuvre on maternal and fetal wellbeing. *British Journal Of Midwifery*. Maio, 2009, Vol. 17 Nº5.

Medela. Bilibed. *Medela.* [Online]
<http://www.medela.com/PT/pt/breastfeeding/products/phototherapy/bili-bed.html>.

Mendes, Isabel M. 2002. *Ligação Materno-Fetal*. Coimbra : Quarteto Editora, 2002. 972-8717-67-9.

Middleton, Carlyn. 2006. *Epidural Analgesia in Acute Pain Management*. West Sussex : John Wiley & Sons, Ltd., 2006. 0-470-01964-6.

Nomura, Roseli M. Y., Myadahira, Seiko e Zugaib, Marcelo. 2009. Avaliação da vitalidade fetal anteparto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 10, 2009, Vol. 31, pp. 513-526.

Ordem dos Enfermeiros. 2009. Direitos Humanos: Centralidade Ética em Enfermagem . *Web site da Ordem dos Enfermeiros*. [Online] 22 de Fevereiro de 2009. [Citação: 11 de Março de 2013.] <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/DireitosHumanos.aspx>.

—. **2009.** Legislação da OE. *Web site de Ordem dos Enfermeiros*. [Online] Setembro de 2009. [Citação: 11 de Março de 2013.] <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/LegislacaodaOE.aspx>.

—. **2012.** Publicações da Ordem dos Enfermeiros. *Web site de Ordem dos Enfermeiros*. [Online] Agosto de 2012. [Citação: 31 de Janeiro de 2013.] <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Paginas/default.aspx>.

—. **2012.** Publicações da Ordem dos Enfermeiros: REPE E Estatuto Da Ordem Dos Enfermeiros. *Web site de Ordem dos Enfermeiros*. [Online] 2012. [Citação: 31 de Janeiro de 2013.] <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Paginas/default.aspx>.

—. **2010b.** Regulamento da Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Maio de 2010b.

—. **2010.** Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. 2010.

Parveen, Shakira. 2010. Umbilical cord arterial blood base excess as gold standard for foetal well being screening test validity at term delivery. *J Pak Med Assoc*. Nº 5, 2010, Vol. 60.

Prins, M., et al. 2011. Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: a systematic review of randomised trials. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2011, Vol. 118, pp. 662-670.

Saraiva, Helena. 2010. *Aleitamento Materno - Promoção e Manutenção*. Lisboa : Lidel - edições técnicas, lda, 2010. 978-972-757-659-3.

Sociedade Portuguesa de Pediatria. 2004. *Consensos Nacionais em Neonatologia*. Coimbra : Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2004.

Souza, Marcela T., Silva, Michelly D. e Carvalho, Rachel. 2010. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *einstein*. 2010, Vol. 8, pp. 102-106.

The American College of Obstetricians and Gynecologists. 2006. Umbilical Cord Blood Gas and Acid Base Analysis. *ACOG Committee Opinion No. 348*. Novembro, 2006, Vol. 348.

Western Australian Centre for Evidence Based Nursing and Midwifery. 2006. Manejo de la hipoglucemia asintomática en neonatos a término sanos por enfermeras y matronas. *Best Practice*. 10, 2006, Vol. 1.

WHO. 2007. Diagnosis of labour. *World Health Organization*. [Online] 2007. [Citação: 31 de Maio de 2013.] www.who.int/surgery/publications/Obstetricsafetyprotocols.pdf.

World Health Organization. 2012. Breastfeeding. *World Health Organization*. [Online] 2012. [Citação: 19 de Dezembro de 2012.]

Yildirim, Gulay e Beji, Nezike K. 2008. Effects of Pushing Techniques in Birth on Mother and Fetus: A Randomized Study. *Journal compilation, Blackwell Publishing, Inc*. Março, 2008, Vol. 35:1.

